

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Instituto de Filosofia, Sociologia e Política**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciência Política**  
**Curso de Ciência Política**



**Dissertação**

**A Política de Redução de Danos no município de Pelotas, RS:  
O Programa “Crack, é possível vencer”**

**Valéria Tatsch**

**Pelotas, 2015**

**Valéria Tatsch**

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS:  
O Programa “Crack, é possível vencer”.**

Dissertação ao Programa de Pós-Graduação  
em Ciência Política da Universidade Federal de  
Pelotas como requisito parcial para a obtenção  
do título de Mestre em Ciência Política.

Orientadora: Prof.(a) Dra. Patrícia R. Chaves da Cunha  
Linha de Pesquisa: Processos políticos: atores e instituições

Pelotas, 2015

**Valéria Tatsch**

**Valéria Tatsch**

**A Política de Redução de Danos no município de Pelotas, RS:  
O Programa “Crack, é possível vencer”**

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciência Política do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política do Instituto de Filosofia, Sociologia e Política da Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 18 de novembro de 2015.

Banca examinadora:

.....  
Prof.(a) Dra. Patrícia Rodrigues Chaves da Cunha (Orientadora)  
Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
(UFRGS)

.....  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto  
Doutor em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
(PUCRS)

.....  
Prof.(a) Dra. Michele Mangará de Oliveira  
Doutor em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP)

.....  
Prof. Dr. Cleber Ori Cuti Martins  
Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
(UFRGS)

## **DEDICATÓRIA**

A minha família, sobretudo minha mãe,  
Mariza Seeger e meu marido Cristiann  
Wissmann Matos.

## **Agradecimentos**

Ao concluir este trabalho tenho muitas pessoas a quem agradecer, algumas das quais, cuja nomeação é imprescindível. Por isso, com todo respeito e cuidado, destaco:

Minha querida orientadora, Patrícia R. Chaves da Cunha, pelo acolhimento, dedicação e generosidade com que conduziu o nosso trabalho.

A Professora Michele Mandagará de Oliveira, por compartilhar seu conhecimento e percepções sobre a prática de Redução de Danos.

A todo corpo docente do Programa de Pós-graduação em Ciência Política da UFPel.

A minha orientadora de graduação, Nice de Neves Miranda, que foi uma grande incentivadora para o meu ingresso no mestrado.

Aos Redutores de Danos e a Coordenadora de Saúde Mental, que gentilmente participaram da pesquisa.

A minha mãe, Mariza Gorette Seeger, e meu pai, Armando Tatsch, pelo carinho, amor incondicional e apoio em todos os momentos da minha vida.

A minha avó amada, Geni Teixeira Seeger, pelo apoio constante.

A todos os meus amigos, em especial às minhas amigas de infância, Rafaela Clavé, Sabrina Aita, Keiciane Canabarro Drehmer, Gabriela Rodrigues Rossi e Waleska Machado, Barbara Mariano.

Cristiann Wissmann, meu amado esposo, amigo e companheiro, por todo o afeto, paciência e dedicação.

## Resumo

Tatsch, Valéria. **A Política de Redução de Danos no município de Pelotas, RS: O Programa “Crack, é possível vencer”** Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O objetivo central deste trabalho está pautado na análise da implementação da Política de Redução de Danos, através do estudo de caso do Programa “Crack; é possível vencer” no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas - CAPs ad e no Centro de Redução de Danos no município de Pelotas. Para alcançar esse objetivo, identificou-se a capacitação, concepção e conhecimento dos *policy makers* e burocratas de rua responsáveis pela execução da Política de Redução de Danos em Pelotas/RS, bem como a capacidade dos espaços de decisão disponíveis aos atores sociais envolvidos nessa política. Analisamos os recursos (tempo, materiais e recursos humanos) para colocar essas ações em prática no Centro de Redução de Danos e no Centro de Atenção Psicossocial- álcool e outras drogas de Pelotas/RS. Para fazer a análise qualitativa, adotou-se o modelo de *Ciclo de Política* de Howlett et al. (2013), focando no estágio da implementação. A circunscrição ao “Programa Crack é Possível Vencer” no município de Pelotas permitiu discutir a ambiguidade presente nas políticas públicas de tratamento aos usuários de drogas, uma vez, que em sua formulação está prevista medidas que caracterizam a estratégia de Redução de Danos e que caracterizam as práticas proibicionistas e manicomial herdadas de modelos anteriores de políticas públicas. Assim, a etapa de implementação deste programa é vista como crucial para definição de qual concepção está caracterizando a política pública de tratamento aos usuários de drogas. Os resultados encontrados apontam para a adesão dos policy-makers locais e dos burocratas de rua aos princípios e valores incutidos na política de redução de danos, o que lhes permite identificar a contradição da opção manicomial e de internação hospitalar. Pode-se afirmar que a capacitação é o grande diferencial dos profissionais que atuam na implementação da política, pois permite a clareza dos objetivos e consonância com seus princípios. Os espaços de decisão que permitem a autonomia desses decisores locais, também, é outro fator que se destaca como ponto forte, pois permite o replanejamento da política pública. Além disso, há um compromisso para com a implementação do Programa “Crack; é possível vencer” no município em decorrência da falta de capacidade institucional dos agentes implementadores. Para finalizar, chama atenção à responsabilidade que o poder de discricionariedade dos burocratas de rua tem sobre o sucesso ou fracasso da política pública de redução de danos.

**Palavras-chave:** Política de Redução de Danos; programa “Crack, é possível vencer”; implementação; análise de políticas públicas.

## Abstract

Tatsch, Valéria. A Política de Redução de Danos no município de Pelotas, RS: O Programa "Crack, é possível vencer" Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

The main objective of this work was guided by the analysis of the conformity of the Política de Redução de Danos (Harm Reduction Policy) and its implementation in the city of Pelotas, Brazil, through the program Crack: é Possível Vencer (Crack; you can win). To achieve this aim, it identified the training, design, and knowledge's policy makers and the street bureaucrats, responsible for implementing harm reduction policy in Pelotas/RS, and the analyzing of decision-making spaces available to stakeholders involved in this policy. At the same time, was analyzed the resource (time, material and human's resources) to put these actions into the practice in the Centro de Redução de Danos (Harm Reduction Center) and Centro de Atenção psicossocial – álcool e outras drogas (Psychosocial-alcohol and the other drugs Attention Center) of Pelotas, Brazil. The make the qualitative analysis, the policy was adopted cycle model's Howlett et al. (2013). The approach to "Crack Can Be Win Program" in Pelotas allowed to discuss the ambiguity in public policy treatment to drug users, once its formulation is planned measures that characterize the strategy of Harm Reduction and characterizing prohibitionist and madhouse practices inherited from previous models of public policies. Therefore, the stage of implementation of this program is seen crucial to define which desing is featuring the public policy treatment to drug users. The results show the policy-makers local and street bureaucrats adhesion of principles and values instilled in harm reduction policy, which allows them to identify the contradiction of madhouse and hospitalization option. It can be said that training is the great differential of the professionals engaged in policy implementation because it allows the clarity of the objectives and compliance with its principles. The decision's spaces that allow the autonomy of these decision-makers local, too is another factor that stands out as a strength view because it allows the redesign of public policy. In addition, there is a commitment with implementation of the "Crack Can Be Win Program" in the city due to the lack of institutional capacity of the implementing agents. Finally, draws attention to the responsibility that the power of discretion of street bureaucrats have on the success or failure of public policy of harm reduction.

**Keywords:** Harm Reduction Policy; Program "Crack can be conquered"; Implementation; Public Policy Analysis.

## Lista de siglas

ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Adquirida)
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PRD	Política de Redução de Danos
RD	Redução de Danos
REDUC	Rede de Redução de Danos e Direitos Humanos
SENAD	Secretaria Nacional Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

1. Introdução.....	9
2. Análise de políticas públicas: subsídios teóricos- metodológicos .....	18
2.1 Contextualização dos Estudos de Análise de Políticas Públicas: .....	20
2.2 Políticas Públicas: abordagens e modelos .....	24
2.3 A Burocracia do nível da rua: seu papel e importância para as políticas públicas .....	30
3. Uma abordagem integral para constituição da <i>agenda setting</i> da Política Pública de Redução de Danos no Brasil- unidade de análise ideias .....	34
3.1 A Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS): a transformação das concepções e da realidade social brasileira .....	35
4. Política sobre Drogas: Surgimento da Política de Redução de Danos .....	49
4.1 Evolução das Políticas sobre drogas.....	49
4.2 Política de Redução de Danos .....	54
4.3 Redução de Danos no Mundo e no Brasil .....	59
4.4 Programa “Crack, é possível vencer” .....	62
5. A Política de Redução de Danos no município de Pelotas: um estudo de caso .	66
6. Considerações Finais .....	81
Referências bibliográficas .....	85
Apêndices.....	91
Anexos .....	97

## **1. Introdução**

As políticas públicas têm o papel fundamental de evidenciar como e por que determinada demanda social passa a compor a agenda pública, ou seja, será atendida em detrimento de outras. O reconhecimento da utilização de substâncias psicoativas como um problema social tem levado o Estado a fornecer diversas respostas, através de diferentes políticas públicas, para o uso de drogas ilícitas no Brasil.

Considerando essa realidade, o presente estudo objetiva analisar a implementação da Política de Redução de Danos (PRD) no município de Pelotas referente ao atendimento de usuários de crack. O Ministério da Saúde (2003) define que a redução de danos se afirma como uma abordagem clínico-política que vai além de uma mudança comportamental. Ela deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, possibilitando a criação de outros movimentos possíveis na cidade, com vistas à autonomia dos usuários e seus familiares, usando recursos que não sejam repressivos, mas sim comprometidos com a defesa da vida, ou seja, práticas de atenção ao usuário de drogas em uma perspectiva ampliada de saúde.

A Lei 10.216/2001, que trata da Reforma Psiquiátrica, veio para consolidar as diretrizes do SUS, numa perspectiva de universalização do acesso e direito a assistência, sendo ofertado cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As ações de redução de danos são de responsabilidade do Sistema Único de Saúde – SUS e estão em consonância com a Reforma Sanitária e Psiquiátrica ocorrida no Brasil. Essas ações foram instituídas enquanto política pública em 2005, pela portaria Nº 1.028/GM.

A reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira promove a extinção dos manicômios e soma-se ao processo de descentralização das políticas públicas, promovidos no Brasil desde a redemocratização do país, para dar origem a novas instituições responsáveis pela execução direta das políticas públicas formuladas para área. Essas instituições formam dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada (CAPS) e tem a função de articular a rede assistencial em saúde mental ao restante da rede de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2003), existem cinco tipos de CAPS, cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) a depender do contingente

populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24h). Sendo que todos os tipos de CAPS<sup>1</sup> são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.

Esse novo modelo de política para atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas tem por finalidade garantir a prevenção, o tratamento a recuperação e a inserção social, a Redução dos danos sociais e a saúde, a redução da oferta, estudos, pesquisas e avaliações dos cidadãos. A partir dessa nova perspectiva, o diagnóstico sobre o consumo de drogas no Brasil é de que se trata de um problema de saúde pública. Em particular, o crack atualmente tem recebido atenção dos meios e da opinião pública aumentando a pressão social em torno da demanda por ações do Estado. Dessa forma, dentre as diversas possibilidades de enfoque, este trabalho volta-se para as políticas públicas de redução de danos relativa ao consumo de Crack, pois este pode ser visto como uma epidemia (PULCHERIO, *et al*, 2010) . Como evidência o Ministério da Saúde (2003, p.5):

A constatação de que tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública no país encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 5).

---

<sup>1</sup> A Portaria GM/MS 33643 do Ministério da Saúde, definiu os tipos de CAPS, quais sejam: CAPS I- atendem adultos com transtornos mentais severos. Ficam localizados em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II- atendem adultos com transtornos mentais severos. Ficam em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, CAPS III- atendem adultos com transtornos mentais severos. Ficam em municípios com população com mais de 200 mil habitantes. CAPS i - atendem crianças com transtornos mentais em municípios com mais de 200 mil habitantes. CAPS AD - atendem pacientes com transtornos decorrentes do uso de drogas, em municípios com mais de 100 mil habitantes.

Assim, o Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010 instituiu o Pano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. E em resposta direta à epidemia do Crack no Brasil, o governo lançou em dezembro de 2011 o Programa “Crack, é possível vencer”, que prevê um investimento de 4 (quatro) bilhões e articulação com o distrito federal, estados e municípios. O Programa está estruturado em três eixos, sendo eles: cuidado, autoridade e prevenção. Porém, várias ações do programa são amplamente questionadas pelos defensores dos direitos humanos, principalmente por atores engajados na luta pela saúde coletiva, que criticam o investimento de recursos destinados também às comunidades terapêuticas filantrópicas e privadas, bem como a compra de leitos em alas psiquiátricas em hospitais privados, com a previsão de internações involuntárias dos usuários de drogas, algo que desde a Reforma Psiquiátrica foi abolido e estava no campo da ilegalidade.

Segundo o Ministério da Justiça (2014), a promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, devem ser realizadas de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade. (Diretrizes da Redução de Danos em anexo). Ficando os municípios responsáveis pela instalação e funcionamento dos CAPS.

Ainda conforme as diretrizes do Programa, a meta era que no final de 2014 as redes de atenção à saúde, Assistência Social e as ações de prevenção nas escolas tenham sido ampliadas, fortalecidas e integradas, possibilitando um aumento e melhoria na sua capacidade de acolhimento aos usuários de drogas e apoio aos seus familiares. E ainda, que estas redes contem com profissionais da saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias, capacitados no tema e com programas de prevenção nas escolas em execução, assim os espaços urbanos antes ocupados com a cena do uso de drogas começarão a serem revitalizados, trazendo mais segurança às comunidades. Logo, também é meta a integração das operações das forças de segurança pública dos três níveis de governo, equipados para o combate ao tráfico e repressão dos traficantes. Ficando previstos também os dispositivos de tratamento em meio aberto, os Centros de Atenção Psicossocial, garantidos pelo SUS, devem operar 24h e com enfermarias para alocação de usuários temporariamente no serviço.

Conforme consta na cartilha do Governo Federal sobre o Programa “Crack, é possível vencer”, este, disponibiliza recursos financeiros a estados, municípios e o Distrito Federal, que poderão aderir ao programa assumindo contrapartidas e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública. Assim, caberá aos estados, municípios e DF a instalação de instâncias de gestão integrada do programa em âmbito local, por meio de comitês, que articulem as áreas de segurança, saúde, assistência social, educação, entre outras para o planejamento execução e avaliação das ações. A definição de diferentes papéis e responsabilidade dos entes federados brasileiros mediante a política pública implica em práticas e soluções diferenciadas que exigem investigação para que ocorra uma sistematização, classificação e/ou avaliação das políticas públicas.

De acordo com o site da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do ministério da justiça, a rede de atendimento da política de redução de danos em Pelotas é composta por três instituições, sendo elas: o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas - CAPs ad, a Mitra Diocesana de Pelotas-pacto/caex e a Secretaria Municipal de Saúde/ departamento de DST/AIDS.

A Política Nacional de Redução de Danos tem por foco a busca pela defesa da vida. Enquanto abordagem no tratamento de usuários de substâncias psicoativas é constituída por uma séria de procedimentos destinados a atenuar as consequências do uso indevido de drogas, sem cessá-lo obrigatoriamente. Como exposto anteriormente, a partir da descentralização das políticas públicas no país a sua implementação/execução passou a ser de responsabilidade dos municípios.

Nessa perspectiva, coloca-se o problema de pesquisa a ser investigado neste trabalho: Quais são as condições de implementação material da Política de Redução de Danos circunscrita a implementação do Programa “Crack, é possível vencer” no CAPS-ad e do Centro de Redução de Danos no município de Pelotas/RS?

A questão hora levantada envolve o complexo fenômeno das drogas, e se fez presente na minha trajetória acadêmica na práxis construída a partir dos estágios extra/e curriculares em Serviço Social. Primeiramente vivenciei as atividades de acolhimento e acompanhamento dos prestadores de serviço à comunidade no Juizado Especial Criminal de Santa Maria, ao observar que a maioria dos reincidentes à pena eram possíveis usuários de substâncias psicoativas, surgiu à

necessidade de analisar o perfil desses reincidentes, mais precisamente em que medida o uso de drogas seria um fator de risco à reincidência ao delito. Assim, dessa experiência resultou o meu Trabalho Final de Graduação intitulado “As possíveis causas da reincidência dos Prestadores de Serviço à Comunidade, do Juizado Especial Criminal de Santa Maria, RS”. Nos estágios subsequentes pude aprofundar a vivência sobre esta temática de maneira mais direcionada à demanda de usuários de drogas, desenvolvendo atividades junto ao Serviço Social do Centro de Atenção Psicossocial- ad- Caminhos do Sol e Comunidade Terapêutica- Fazenda do Senhor Jesus (vinculada ao Programa de auxílio ao Toxicômano- SM), ambos no município de Santa Maria, RS.

A dificuldade de resgatar e/ou propiciar dignidade humana e qualidade de vida aos usuários em situação de uso abusivo me levou a vislumbrar na redução de danos uma estratégia plausível com vistas à promoção de saúde. Porém, tal estratégia enfrenta na prática vários conflitos no Brasil, como o embate com a legislação sobre drogas, que prima pela abstinência e extermínio das drogas ilícitas, uma desconfiança social ensejada por preceitos morais e religiosos, e outras fragilidades materiais como falta de recursos à saúde pública, corrupção, baixo recurso humano capacitado, etc. Nesse sentido, faz-se relevante um estudo voltado à execução das estratégias de redução de danos enquanto política pública.

O uso de Crack e outras drogas, por se tratar de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao usuário de drogas. Assim, situar a Política de Redução de Danos no Brasil é de relevância para a Ciência Política uma vez que, a análise das políticas públicas são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios e para o aperfeiçoamento das ações do Estado. A pesquisa sobre a política de Redução de Danos traz contribuições para área, também, por não haver registro de pesquisas sobre o tema desvinculado das ações voltadas para as estratégias de ação sobre DST/AIDS.

A leitura da Política de Redução de Danos, aqui proposta, inova a medida que analisa a partir do marco teórico das políticas públicas uma lógica de ampliação da vida na abordagem ao tratamento de drogas ilícitas, situada no campo da saúde mental, ao passo que, busca-se desvelar as suas potencialidades como alternativa

de tratamento na saúde, bem como os desafios impostos a essa política na sua implementação.

Após o processo de descentralização das políticas públicas as diferenças existentes na implementação dessas políticas e suas causas tem constituído um objeto de estudo na área da Ciência Política para pensar as diversas variáveis de análise e implicações que essas diferenças sugerem. Somando-se a essa perspectiva fazer o estudo local de como uma política pública específica está sendo implementada no município de Pelotas contribui também para pensar a relação entre os entes federados brasileiros e o papel de cada instância definido pelo pacto federativo brasileiro. (ARRETCHE, 2000).

Nesse sentido, identificar a capacitação, concepção e conhecimento dos *policy makers* (tomadores de decisões) e, principalmente, pelos chamados “burocratas de rua” responsáveis pela execução da Política de Redução de Danos em Pelotas/RS, qual a capacidade e espaços de decisão disponíveis aos atores sociais envolvidos nesta política, e analisar o plano de ação (fragilidades e pontos fortes) da execução do Programa “Crack; é possível vencer”, são aspectos de suma importância para avaliar a execução desta política no município.

Dessa forma, o objetivo central deste trabalho está pautado na análise da implementação da Política de Redução de Danos, através do estudo de caso do Programa “Crack; é possível vencer” no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas - CAPs ad e do Centro de Redução de Danos no município de Pelotas, RS. É complementado com objetivos secundários de identificar a capacitação, concepção e conhecimento dos *policy makers* e “burocratas de rua” responsáveis pela execução da Política de Redução de Danos em Pelotas/RS, através do Programa “Crack; é possível vencer”; Identificar qual a capacidade e espaços de decisão disponíveis aos atores sociais envolvidos na Política de Redução de Danos no município de Pelotas, RS e; Analisar os recursos (tempo, materiais e recursos humanos) para colocar essas ações em prática-na execução do Programa “Crack; é possível vencer”, que estão sendo implementados no Centro de Redução de Danos e no Centro de Atenção Psicossocial- álcool e outras drogas de Pelotas, RS.

Os pressupostos formulados a seguir norteiam a problematização da política pública com base no entendimento de que o modelo de descentralização brasileiro

do qual é parte constitutiva as políticas de saúde mental, portanto, a política de Redução de Danos, e o programa “Crack é possível, Vencer” transfere para os municípios o custo do planejamento e da tramitação burocrática para disputa e liberação de recursos escassos. É também de responsabilidade dos municípios criar e gerir a rede de atendimento aos usuários de substâncias psicoativas (CAPS); cabendo às prefeituras organizar a demanda e mapear os leitos e outros atendimentos disponíveis para receber os dependentes químicos.

Os objetivos a serem alcançados vinculam-se aos seguintes pressupostos levantados por este trabalho, que são:

1. A eficiência na execução da Política de Redução de Danos em Pelotas tem encontrado limites na lógica manicomial e proibicista/proibicionista herdadas das políticas públicas anteriores no Brasil;
2. A eficácia na execução da Política de Redução de Danos em Pelotas tem encontrado limites na falta de autonomia para reformulação da política pública pelos *policy makers* locais;
3. Existe um compromisso para com a implementação do Programa “Crack; é possível vencer” no município em decorrência da falta de capacidade institucional dos agentes implementadores;

Considera-se ainda que, as pesquisas qualitativas têm por objetivo a descrição, observação e compreensão de um fenômeno, no caso um Programa que compõe a Política Pública de Redução de Danos, chamado de “Crack é possível Vencer”. Dessa forma, os pressupostos, compreendidos como hipóteses reinterpretadas sem a pretensão formal comprobatória, foram construídas mais para balizar e circunscrever o aspecto a ser compreendido pela pesquisa, a implementação do referido programa no município de Pelotas, dado a complexidade da política pública com interações em diversos níveis de governo (União, estado e município) e instituições, como Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Legislativo, Organizações da sociedade civil, Conselhos de Saúde, Secretárias de Saúde, CAPs, além de sub-sistemas, como os nacionais e internacionais, do que para uma concepção de assertiva do tipo causa-efeito.

O caminho escolhido para realização deste trabalho utiliza a metodologia qualitativa. Essa abordagem permitirá examinar o fenômeno com profundidade e extensão, pois como evidência PINTO (2008, p.137) a metodologia qualitativa



“permite ao informante maior liberdade de manifestação e, ao pesquisador, identificar e compreender dimensões subjetivas da ação humana”. Para alcançar os objetivos propostos esta pesquisa prevê a utilização de técnicas como a análise documental do Programa “Crack é possível vencer”, assim como de documentação relativa ao programa disponibilizada no site da prefeitura e em medias impressas no país; além de entrevista semi-abertas aplicadas junto aos *policy makers* da Secretaria de Saúde e dos “burocratas de rua”, ou seja, trabalhadores/ redutores de danos dos locais acima mencionados. A análise deste material se dá através da análise de conteúdo pautada em ideias centrais elencadas nas diretrizes da política pública de redução de dano em contraponto com os depoimentos colhidos.

Far-se-á uma análise documental sobre os objetivos e diretrizes para descentralização da política de redução de danos, e um levantamento das ações de redução de danos previstas no Programa “Crack, é possível vencer”, que estão sendo executadas no Centro de Redução de Danos e no Centro de Atenção Psicossocial- álcool e outras drogas do município de Pelotas, RS, a fim de analisar a forma como tal política pública vem sendo implementada. A partir de um levantamento bibliográfico buscar-se-á fazer um resgate histórico da política sobre drogas no Brasil, bem como o surgimento da Política Nacional de Redução de Danos sob a ótica teórica das Políticas Públicas.

Cabe lembrar que esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas - FAMED (Anexo A). Devido à obrigatoriedade do cumprimento das exigências normativas aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução nº 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), a pesquisa de campo só iniciou após a devida aprovação. Os sujeitos convidados a participar do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual foi assinado após manifestarem o desejo de participarem da pesquisa.

Por fim, o trabalho aqui exposto apresenta a seguinte organização no primeiro capítulo será realizada uma revisão da teoria de políticas públicas, no segundo capítulo será feita uma recuperação histórica sobre as mudanças no sistema de saúde que propiciaram a inclusão de uma nova abordagem da questão das drogas no Brasil caracterizando a constituição de uma nova agenda pública ou governamental (agenda setting); no terceiro capítulo será apresentado o modelo

formulado da política pública, para que a análise do material coletado e o exame da implementação do Programa “Crack é Possível Vencer” seja apresentado no quarto capítulo, sendo seguido das conclusões do trabalho.

.

## **2. Análise de políticas públicas: subsídios teóricos- metodológicos**

Este capítulo tem por objetivo apresentar uma recuperação da literatura sobre políticas públicas. O tema das políticas públicas por mais que tenha perpassado os estudos sobre o Estado é relativamente jovem ao ser pensado como disciplina acadêmica, principalmente, em países como Brasil que saíram de experiências políticas autoritárias, onde a avaliação das ações do Estado não era bem vista. O incremento na produção de pesquisas de análise de políticas públicas pode ser identificado, sobretudo, a partir da década de 1960. Mesmo assim, o desenvolvimento do campo de pesquisa propicia variados modelos de análise e perspectivas possíveis. A compreensão de diferenças e limites dos principais modelos existentes se constitui em passo fundamental para garantir o rigor da investigação proposta neste trabalho.

Com a Constituição Federal de 1988 no Brasil o papel do Estado foi redefinido a partir da universalização dos direitos de cidadania e da descentralização e gestão democrática das políticas públicas. O que propiciou um novo projeto de implementação da gestão descentralizada e participativa, que ocorreu no Brasil nos anos de 1990, nas esferas municipal, estadual e federal. Esse novo paradigma que promove a descentralização das políticas públicas foi amplamente apoiado pela sociedade brasileira uma vez que dificulta aquela relação do poder de barganha dos lobbies no campo das políticas públicas, fragilizando a formulação e implementação dessas verticalmente.

Segundo o Ministério da Saúde (2003) o estabelecimento de uma política sobre drogas exitosa deve prever sua descentralização e autonomia de gestão pelos níveis estaduais e municipais. Para tanto, a definição dos papéis de cada nível é fundamental, assim como a definição dos mecanismos de captação, utilização e repasse de recursos financeiros pelos três níveis de governo, de forma a equalizar os gastos em vigilância, tratamento, prevenção, redução de danos e repressão. E enfatiza:

É fundamental a recomposição das instâncias estaduais e municipais de controle da política de drogas, juntamente aos conselhos de saúde, ressaltando-se o ganho incomensurável se tais instâncias promoverem a participação de consumidores de drogas para a formulação de políticas locais. Os conselhos de saúde necessitam resgatar seu papel articulador entre os dife

rentes segmentos e não se constituírem em executores de ações. É Importante ressaltar que a implementação de um sistema de formação de recursos humanos especificamente voltado para este tema é imprescindível. (BRASIL, MS. 2003, p. 29)

No entanto, Arretche (2000) corrobora que o simples fato de estar presente na Constituição Federal não garante que esse tipo de gestão democrática se efetive, sendo necessária uma cultura cívica altamente fortalecida. Cultura cívica que parece carecer ao Brasil, como atestam estudos de cultura política realizados por Baquero, (2001), entre outros. Além do mais, as profundas desigualdades sociais fragilizam ainda mais a participação ativa dos sujeitos nos conselhos e espaços decisórios. (TATAGIBA, L. 2002, 2004; LABRA, M. & FIGUEIREDO, I. 2002).

Nesse sentido, situar a Política de Redução de Danos no Brasil como um modelo de enfrentamento à epidemia das drogas, como foi feito, significa defender a concepção de cidadania presente no projeto societário democrático, ou seja, ao construir a cidadania constrói-se e difunde-se uma cultura democrática. Entretanto, tende-se levar em conta a desigualdade econômica, a miséria, a fome e principalmente a organização hierárquica e desigual do conjunto das relações sociais, que Dagnino (1994) denomina como autoritarismo social, enraizado na cultura brasileira que se expressa- num sistema de classificações (classe, raça, gênero), ordenando a disposição dos lugares que determinados segmentos da sociedade irão ocupar.

A análise da implementação da política de redução de danos aqui proposta toma como referência o modelo de *policy cycle* entendida enquanto processo, ou seja, diferentemente da visão tradicional, na qual não se considera os aspectos relativos à implementação e seus efeitos retroalimentadores sobre a formulação da política. Assim, a Análise de Políticas Públicas tem como objetivo gerar conhecimento sobre os processos de agenda, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Contudo, isso será feito a partir da nova abordagem do Ciclo, onde a implementação passa a ser vista como um fator importante no processo de uma política pública, permitindo avaliar a política através de três pontos ou aspectos relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores, problemas de natureza política na implementação de programas e políticas, e por

fim a resistência e boicotes realizados por grupos ou setores negativamente afetados pela política, muitas vezes até do próprio aparelho estatal (MELO E SILVA, 2000).

### **2.1 Contextualização dos Estudos de Análise de Políticas Públicas:**

Rodrigues (2010), em seu texto Políticas Públicas, salienta que para analisar as políticas públicas é necessário entender primeiramente sobre o conceito de política, fazendo um resgate da perspectiva clássica à moderna do conceito. Para autora a origem do termo se deu da palavra *pólis*, de origem grega, que significa as coisas da cidade (ao que é urbano, público, social e civil). Sintetiza ainda, que fora Aristóteles o primeiro filósofo a discorrer sobre o tema em sua obra A Política, nela o autor definia a política como a arte ou ciência do governo, ou ainda, uma tipologia sobre as diferentes formas de governar a cidade (*pólis*).

Já numa perspectiva moderna, o conceito de política está intimamente ligado ao poder, passando a ser entendido como “ciência do estado” ou ciência política. Assim sendo, no contexto de políticas públicas, a política é entendida como um conjunto de procedimentos que expressam relações de poder, e que tem por finalidade resolver conflitos relacionados a bens públicos, sem que haja necessidade de fazer uso da violência. (RODRIGUES, 2010).

Ademais, a autora supracitada, define que é necessária ainda uma compreensão do conceito de Estado, Governo e Atores Políticos, para melhor situar as políticas públicas. Estado, para ela é uma instituição pertencente e interativa dentro de um complexo social num determinado território, e por sua vez, está intrinsecamente relacionada a certas transformações históricas. Já o governo, são aqueles que atuam sob o amparo do poder político para orientar a sociedade, ou ainda, pode ser caracterizado por certos indivíduos ou grupos sociais que ascendem ao poder, seja por via institucionalizada ou revolucionária. E por fim, os atores políticos, que em interação com o Estado, visam fazer valer seus interesses com o objetivo de influenciar novos rumos para a sociedade. (RODRIGUES, 2010)

Nesse sentido, ainda conforme Rodrigues (2010) a política pública se dá no processo de tomada de decisão de grupos diversos, já que estes possuem interesses, valores e objetivos conflitantes. E desse modo, resulta-se numa política comum que norteará o conjunto da sociedade. E ainda, argumenta a autora:

Políticas Públicas são resultantes da atividade política, requerem várias ações estratégicas destinadas a implementar os objetivos desejados e, por isso, envolvem mais de uma decisão política. Uma de suas características principais é que as políticas públicas constituem-se de decisões e ações que estão revestidas da autoridade soberana do poder público. (RODRIGUES, 2010, p. 14).

A implementação dos objetivos de uma política, fase que chama especial atenção neste trabalho, é destaca por Rodrigues (2010), que afirma:

Esta etapa refere-se também ao estágio de planejamento administrativo e de recursos humanos do processo político. Existem tempo e recurso (materiais e recursos humanos) suficientes para colocar essas ações em prática? A relação causa-efeito/meios fins é adequada? Os objetivos da política/programa estão claros? Há comunicação e coordenação perfeitas? Estas “são algumas das questões com as quais se lida nesta etapa das políticas públicas”. (Idem, 2010, p. 51)

Para Howlett *et al.* (2013), os primeiros estudos de ciência política tratavam, quase que prioritariamente, das dimensões morais ou normativas do governo. Desse modo, os debates versavam sobre a natureza da sociedade, o papel do Estado, e os direitos e responsabilidade dos cidadãos e dos governos. Porém, havia um abismo entre a teoria política descritiva e as práticas políticas dos estados modernos. Assim, os pesquisadores foram levados a buscar um novo método de análise política no período das guerras e durante a guerra fria, um método baseado na avaliação sistemática dos produtos e resultados gerados pelos programas governamentais, ou ainda, a conciliação entre a teoria e a prática política. Dessa forma, surge após a II Guerra mundial, na América do Norte e na Europa a Ciência das Políticas Públicas, a partir de estudiosos que buscavam entender as relações entre os governos e os cidadãos que explicassem o grande crescimento da atividade do setor público direcionada para programas econômicos e sociais. (HOWLETT ET AL., 2013). Dentre esses estudiosos destacaram-se: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton, considerados os principais fundadores da área de Políticas Públicas segundo Souza (2006).

A Análise de Política Pública é um campo multidisciplinar, pois abrange outras áreas além da ciência política como, por exemplo, a economia, a sociologia, entre outras, portanto não há um consenso sobre o conceito de políticas públicas. Souza (2006) aponta algumas das principais definições do conceito descritas abaixo:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (MEAD, 1995; LYNN, 1980; PETERS, 1986; DYE, 1984; LASWELL, 1951 Apud in SOUZA, 2006).

Nessa perspectiva, Souza (2006) reforça que o objetivo da análise da política pública, enquanto um campo de conhecimento é levar a uma ação governamental ou analisá-la de modo que, se necessário, propor mudanças nessas ações. Isso porque é na formulação das políticas públicas que tomam corpo os propósitos e plataformas eleitorais a partir dos programas e ações dos governos democráticos, gerando assim, mudanças reais na sociedade.

Frey (2000) afirma que a análise de políticas públicas busca analisar a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos da política com a estrutura dos questionamentos tradicionais da ciência política. O autor chama atenção para os diferentes significados atribuídos a compreensão do que é a política na língua inglesa, que permite melhor entendimento do que envolve analisar a política pública, sendo os significados de *Polity* referente às instituições políticas; *Politics*, ao que diz respeito aos processos políticos; e *Policy*, remetendo aos conteúdos das políticas públicas; Na perspectiva do autor, a análise das políticas públicas nos países em desenvolvimento como o Brasil deve partir de conceitos básicos para uma melhor adaptação da “*policy analysis*” às particularidades das democracias não-consolidadas; devendo somar-se às teorias de cultura política incorporando as contribuições desta para análise de estilos políticos.

Neste trabalho optou-se pela definição de política pública, interpretada por Howlett *et al.* (2013), como a *policy-making* (produção de política pública) que trata fundamentalmente de atores que tentam concordar objetivos políticos (*policy goals*) com os meios políticos (*policy means*), mesmo cercados de restrições, em um processo que pode ser qualificado como resolução aplicada de problemas. Além disso, Howlett *et al.* (2013) salienta que a implementação de uma política pública executada por cada órgão público exige um esforço de muitos anos, pois o financiamento de programas e projetos deve ser continuado, porém como a maioria deles não são permanentes nem garantidos, envolvem negociação e discussão contínua no interior da própria política e também entre as divisões políticas e administrativas do Estado.

Segundo o autor acima mencionado, esse processo para compatibilizar objetivos e meios tem duas dimensões: a técnica e a política. A dimensão técnica procura elucidar a relação ótima entre objetivos e os instrumentos, já que uns são mais adequados do que outros. Já a dimensão política, refere-se ao que constitui um problema político ou qual a solução mais apropriada, visto que os atores divergem sobre isso. Por conseguinte, entende-se que o analista político tem um relevante papel na sociedade, principalmente no campo da política pública, pois é ao analisá-la que é possível distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz (DYE apud Howlett *et al.*, 2013). E ainda, elucidar outros atores que também influenciam nas decisões, mesmo que informalmente, já que as políticas públicas se materializam através do governo. Além do mais, ao vislumbrar as causas e as consequências de determinada decisão pública o analista também avalia se as políticas adotadas, num determinado espaço/tempo, estão atingindo os alvos certos. (RODRIGUES, 2010)

Embora as teorias de políticas públicas sejam divergentes, ao passo que dão ênfase a determinados elementos em detrimento de outros, o foco delas está em três dimensões básicas, sendo considerada por Howlett *et al.* (2013) como as principais unidades de análise das políticas públicas: atores, instituições e ideias. Assim, as diferentes abordagens teóricas possibilitaram diversos modelos para a pesquisa de campo em políticas públicas.



## 2.2 Políticas Públicas: abordagens e modelos

Até a década de 1950 os modelos teóricos utilizados para realizar a análise de políticas públicas remetiam às grandes correntes teóricas da Ciência Política. Nesse sentido, é possível identificar a análise de classes, o elitismo, o pluralismo e o corporativismo. A análise de classes tem como referência as obras de K. Marx (1946) e F Engels. A perspectiva está centra na estratificação social da sociedade em duas classes sociais divididas segundo a propriedade dos meios de produção em cada época histórica. Apesar das obras mais populares de Marx, como o Manifesto Comunista (data) e O Capital (data), abordarem o tema da luta de classes, se destaca para especificidade das políticas públicas um Ensaio sobre o suicídio, publicado na metade do século XIX. A obra trata das políticas públicas ao defender as instituições como instrumentos de transformação social e efetivação dos direitos de cidadania. Seu modelo é baseado na possibilidade emancipatória que reside na classe trabalhadora, a partir da apropriação dos meios de produção (pela classe explorada), já que historicamente esses meios pertenceram a uma minoria, a classe burguesa, ou ainda, a tomada do Estado, a ditadura do proletariado, frente à produção capitalista. Dessa forma, o diagnóstico sob a ótica marxista é de que instituições políticas e sociais constituem o meio para se alcançar a emancipação econômica da classe operária (RODRIGUES, 2010).

Conforme Howlett *et al.* (2013), as teorias de grupo, como o corporativismo e o pluralismo, tem por foco o campo intermediário, entre indivíduos e governos, que formalmente sancionam as políticas junto aos órgãos públicos e privados que as implementam. Nesse sentido, as entidades coletivas, os interesses organizados e as associações têm um papel protagonista nessas análises, já que procuram influenciar as agendas, as opções e os produtos da política pública.

No Corporativismo a organização social se dá através de corporações de patrões ou empregados, que são atores políticos na defesa de seus interesses e visões de mundo. Eles pressionam o Estado na tomada de decisões. Enquanto o Estado é definido como um mecanismo de administração e controle de conflitos entre esses grupos corporativos de pressões (patrões e trabalhadores), que são reconhecidos e passam a ser incorporados pelo Estado.

Segundo Rodrigues (2010), a abordagem elitista está baseada na ideia de que a elite é constituída daqueles que detêm a maior parte do poder de influenciar

ou até mesmo decidir as políticas públicas. O poder político é concebido como a capacidade que a elite tem para produzir efeitos intencionais em outras pessoas.

Ao contrário do Elitismo e da perspectiva da Análise de Classes, no Pluralismo a organização da sociedade se faz em grupos de interesse. Essa corrente teórica não vê o Estado, na sua essência, como manifestação de uma única fonte de autoridade, mas como uma multiplicidade de manifestações que advêm da sociedade organizada. A política pública se define menos pela racionalidade dos seus decisores, ou pelo poder da elite, e mais pela capacidade que a sociedade civil tem de influenciar as ações do Governo. No pluralismo, é num contexto de múltiplas relações de poder que o Estado opera. Tendo em vista os interesses divergentes a sociedade civil pode influenciar as ações do governo.

As críticas geradas pelas abordagens pluralistas, principalmente, a um dos seus mais expressivos autores, Robert Dahl, aponta para um processo decisório, que ao contrário do que define os pluralistas, não é aberto e claro. Esse processo envolveria uma face oculta, e no caso das políticas públicas, a análise da decisão está em o que o governo faz, mas também no que deixa de fazer, o chamado modelo “das duas faces do poder” (BACHRACH e BARATZ, 1963 apud Howlett *et al.* 2013). Assim as políticas públicas podem ser analisadas a partir de duas opções: o que o governo faz de fato, quanto pelo que deliberadamente ele deixa de fazer.

A partir da década de 1950, como resultado da maior dedicação de pesquisadores à análise de políticas públicas, novos modelos foram sendo elaborados. Mesmo tomando as referências teóricas clássicas como base, é possível identificar modelos de análises específicos voltados à análise de políticas públicas. Os trabalhos de Lasswell, Simon e Charles Lindblom são precursores, mas outros podem ser destacados como exposta a seguir.

Harold D. Lasswell (1936) já evidenciava as elites em seus estudos ao definir o campo das políticas públicas, desmembrando essa em: quem ganha o quê, quando e como. Além disso, introduziu nos anos 1930 a expressão *policy analysis* (análise de política pública), com o objetivo de conciliar o conhecimento científico com a produção empírica dos governos. (Souza, 2006). Ao assumir como premissa o comportamento racional dos atores políticos Lasswell lança uma obra que se torna atual enquanto roteiro de análise que exige responder a questão: Quem ganha, o que, quando e como? (1984).

Simon (1978) foi precursor do campo da Análise de Políticas Públicas com uma crítica à concepção de racionalidade adotada por Laswell, realizada ao introduzir a ideia de racionalidade limitada como uma categoria analítica dentro do estudo das políticas públicas. Sua análise voltava-se para racionalidade limitada dos *policy makers*, os decisores públicos, em função de informações incompletas ou imperfeitas, tempo para a tomada de decisão, autointeresse dos decisores, entre outras. Em vista disso, a racionalidade pode ser maximizada diante da criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadre o comportamento dos atores, modelando esse comportamento na direção de resultados desejados. (SIMON, 1978 apud in SOUZA, 2006).

O modelo de análise mais conhecido para balizar as teorias que estão calcadas na racionalidade é o de Escolha Pública (*Public Choice*). Ele tem por inspiração os valores da economia neoclássica, para explicar virtualmente os aspectos do comportamento humano. Sua fundamentação reside no pressuposto de que os atores políticos agem racionalmente, e de forma calculista para ampliar sua utilidade ou satisfação. Desse modo, define Howlett *et al.* (2013) que a motivação básica que dá origem a racionalidade é o autointeresse individual, assim, nesse modelo, o único ator que conta é o indivíduo.

O incrementalismo é outro modelo de análise que critica à concepção racionalista. Essa vertente define que as decisões historicamente articuladas formam um complexo resultado provocando uma trajetória de dependência (*parth dependence*) para a tomada de novas decisões. Assim o modelo incremental entende que o governo não tem total liberdade para alocar os recursos públicos, uma vez que essa decisão não é meramente técnica, ela envolve também relações de poder. (RODRIGUES, 2010). Nessa linha, Lindblom (1959), sugeriu a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas. Essas variáveis dizem respeito às relações de poder e a integração das diferentes fases do processo decisório, e ainda o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse. (LINDBLOM, 1959 apud IN SOUZA, 2006).

Proposto por Theodore J. Lowi (1964) o modelo de arenas se refere a tipologia das políticas públicas, que está dividida em três arenas (*policy arenas*): a distributiva, a regulatória e redistributiva. As arenas distributivas se caracterizam por um baixo grau de conflito dos processos políticos. Em geral, políticas distributivas

beneficiam um grande número de destinatários em escala pequena; já as arenas redistributivas são orientadas para o conflito. O objetivo é o deslocamento de recursos financeiros, direitos ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade. As arenas regulatórias trabalham com ordens e proibições, decretos e portarias, enquanto as arenas constitutivas ou estruturadoras são aquelas que definem as regras do jogo político e com isso as estruturas dos processos e conflitos, ou seja, as condições gerais de negociação das políticas anteriormente citadas.

A Análise de Estilos Políticos é uma abordagem que remete ao “como” da política (*politics*), evidenciando fatores culturais, padrões de comportamento político, e ainda atitudes de atores políticos singulares, essenciais para compreender melhor o processo político, foco central dessa abordagem, que repercute na qualidade dos programas e projetos políticos elaborados e implementados. (FREY, 2000)

Atualmente, tem chamado atenção dos analistas a abordagem do Neo-institucionalismo. Segundo Frey (2000) essa vertente visa contribuir capacitando os atores políticos para compreender o funcionamento das instituições políticas, de modo a conduzi-las de forma mais eficiente. Investindo na criação e suporte de uma cultura baseada em direitos, identidades, preferências e recursos, bem como um sistema de significados e de compreensão da história, já que esses são fundamentais para o bom funcionamento das instituições formais. Dessa forma, ela difere-se do institucionalismo tradicional, que não dá conta de explicar tudo focando somente nas instituições. Por conseguinte é possível que existam situações nas quais os processos políticos são pouco consolidados, desse modo, é difícil explicar os acontecimentos pelo fator institucional. (FREY, 2000)

Para Souza (2006), a contribuição do neo-institucionalismo é de suma importância, já que a luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é o cerne da formulação de políticas públicas. Essa luta é mediada por instituições políticas e econômicas que direcionam as políticas públicas e acabam por privilegiar alguns grupos em detrimento de outros. Nessa perspectiva, a autora evidencia que a teoria neo-institucionalista ilumina ao entendimento de que não são só os indivíduos ou grupos que têm força relevante para influenciarem as políticas públicas, mas também as regras formais e informais que regem as instituições.

Um dos modelos de análise mais conhecidos, e privilegiado neste trabalho, é o Ciclo de Políticas Públicas (*policy cycle*). Ele diz respeito ao caráter dinâmico ou a complexidade temporal dos processos político-administrativos, uma vez que, essas podem sofrer modificações no decorrer dos processos de elaboração e implementação das políticas. Constituem-se como fases da análise do modelo de *policy cycle*: percepção e definição de problemas, agenda-setting, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, a avaliação de políticas e a eventual correção da ação.

Na *policy cycle*, ou ciclo de políticas, a análise se divide em análise de qualidade material e técnica de projetos ou programas. No caso, a análise volta-se para o Programa Crack, é possível vencer. Outra divisão possível é voltar-se para análise das estruturas político-administrativa (ex.: Secretária de Saúde); é possível ainda, dedicar-se para a atuação de atores envolvidos (ex: atuação de técnicos do governo, parlamentares, cidadãos, consultores, grupos de interesses organizados, ONGs, Organizações Internacionais, etc.). (FREY, 2000). Sendo assim, essa alternativa teórica de análise de políticas públicas trouxe grandes avanços a esse campo à medida que atribui um papel importante dos sujeitos e suas redes de relações na arena de lutas das políticas, dando ênfase a toda conjuntura sócio-política, bem como o processo político-administrativo e sua gestão.

A agenda governamental pode ser definida como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento. A agenda pode ser classificada em decisional, um subconjunto da agenda governamental que contempla questões prontas para uma decisão ativa dos formuladores de políticas, ou seja, prestes a se tornarem políticas (*policies*), e especializada, que refletem a natureza setorial da formulação de políticas públicas. Um dos autores mais influentes nos estudos de agenda governamental ou pública é Jonh Kingdon, que vai destacar o papel das ideias para formação e entrada de um tema na agenda. Isso porque a forma como um problema é definido, articulado, atraindo a atenção dos formuladores de política pode determinar o sucesso de uma questão no processo altamente competitivo de *agenda-setting*. Para isso, uma etapa importante é a difusão de ideias entendida como um processo nos quais indivíduos que defendem uma ideia procuram levá-la a diferentes fóruns, na tentativa de sensibilizar não apenas as comunidades de

políticas (*policy communities*), mas também o público em geral, vinculando a audiência às propostas e construindo progressivamente sua aceitação num processo de busca da universalização da ideia. (CAPELLA, 2007)

Após um problema entrar na agenda formal do Estado os *Policy-makers* decidem por um curso de ação, esse estágio caracteriza-se como a formulação da política. Nesse momento propõem-se os meios para atender as demandas sociais. Kingdon (1984) aponta que essas propostas podem surgir no próprio processo da montagem da agenda, uma vez que, o problema e a solução chegam juntos à agenda pública. Para Howllet *et al* (2013, p. 123) a substância desse estágio reside na definição e ponderação dos méritos e riscos das várias opções, e ainda diz respeito ao que os *Policy-makers* tem condições de acolher, antes que essas opções cheguem a deliberações formais.

O Estágio da tomada de decisão é o momento em que dentre as opções, consideradas ou não, nos estágios anteriores, uma delas é aprovada como curso oficial de ação. Dessa forma, significa fazer escolhas dentre um número relativamente pequeno de opções políticas alternativas, que foram identificadas no processo de formulação da política. Disso resultam diferentes tipos de decisões, tais como: as positivas, no sentido de alterar o *status quo* e negativas, que buscam a manutenção do *status quo*. Assim, esse estágio evidencia que a tomada de decisão não é um exercício técnico, pois é um processo inerentemente político. (Howllet *et al*, 2013)

O estágio da Implementação, foco desse trabalho, é o momento em que se coloca em prática o curso oficial da ação que foi anteriormente adotado. Basicamente, esse estágio se traduz no esforço, nos conhecimentos e nos recursos empregados para materializar as decisões políticas. Nesse sentido para que uma política funcione devem-se alocar fundos, designar pessoas e estabelecer as regras de como proceder. (Howllet *et al*, 2013)

Além do mais, a implementação pode ser analisada sobre o conceito da eficiência. É quando uma medida normativa da utilização de recursos e do alcance dos resultados é ainda uma relação entre custo e benefício, que se volta para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível. (Chiavenato, 1994, p. 70).

O último estágio do ciclo, a avaliação, refere-se ao momento em que se determina como uma política está sendo operada na prática. Depois que uma política é submetida a esse estágio, tanto o problema, quanto as soluções que a envolvem, podem ser repensados e retornar a um dos estágios anteriores, já que esse modelo de análise não é estanque. (Howlett *et al*, 2013).



Fonte: Adaptado de HOWLETT e RAMESH (2003)

Por fim, o universo de uma política pública pode ser definido como uma agregação que contempla todos os possíveis atores e instituições internacionais, estatais e sociais, que afetam uma área específica da política pública. Atores e Instituições que se encontram em cada um dos setores ou nas áreas de problemas constituem-se em um subsistema político. Esse conceito ajuda a captar a interação entre os atores, instituições e ideias na *policy-making* (Howlett *et al*, 2013).

### 2.3 A Burocracia do nível da rua: seu papel e importância para as políticas públicas

Os estudos sobre burocracia na área de Ciências Sociais têm como pioneiro Max Weber. O autor associou o surgimento da burocracia com a formação do Estado Moderno, as sociedades modernas caminhariam no sentido de uma crescente racionalidade e burocratização. Sendo esta última fundamental e característica para o desempenho das funções centralizadas e delegadas para o exercício do poder do Estado dentro de um determinado território. A burocracia figura na obra de Weber como sendo ícone da racionalidade predominante na Modernidade. O poder e a autoridade foram analisados pelo autor através do instrumento do “tipo ideal”, e

seriam executados na Modernidade pela dominação do tipo racional-legal. Ao examinar a burocracia, Weber destaca a hierarquia, a disciplina, a especialização e as obrigações no tratamento da coisa pública como configurações que a tornam “corpo do Estado”, que possui duas características básicas a impessoalidade nas relações sociais, que reconhece e trata os cidadãos como igual, e a universalidade. (WEBER, 2002).

Nos estudos sobre burocracia no âmbito das políticas públicas se destaca os escritos de Michael Lipsky, na obra *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services* (1980). O autor examina o papel desempenhado pelos profissionais do nível mais baixo da hierarquia do Estado, ou seja, os profissionais que estão na ponta da execução da política pública que trata diretamente com o cidadão. Esse grupo de funcionários formaria uma categoria específica de burocratas de fundamental importância para o estudo das políticas públicas, e podem ser encontrados no processo de execução dessa política nos mais diversos espaços exercendo a profissão de assistentes sociais, professores, policiais, redutores de danos, entre diversos outros. Ainda conforme o autor, eles são percebidos com executores direto da política e, portanto, como representantes do Estado na implementação de uma política pública.

Assim como Weber (2002), Lipsky (1980) busca caracterizar o trabalho da burocracia, mas ele não segue o padrão instituído por Weber, busca ao contrário problematizar esse tipo de pesquisa. Dessa forma, faz o recorte para os agentes públicos que tem trato direto com o cidadão, no nível de rua, elencando três configurações para o trabalho realizado. A primeira, diz respeito à regularidade constante e rotineira, e a interação permanente dos funcionários com os cidadãos; a segunda se refere à autonomia desses agentes públicos, que possuem certa independência para decidir, configurando a discricionariedade de seu poder; a terceira se refere ao impacto que pode causar as decisões tomadas para os cidadãos. (LIPSKY, 1969)

Ao chamar atenção para o poder de discricionariedade desses agentes, entendida como o poder de determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios ou sanções planejadas pelas instituições do Estado, Lipsky (1980) volta o foco do seu trabalho para os dramas individuais do cotidiano desses burocratas de nível de rua que operacionalizam as políticas públicas. Sendo, eles responsáveis por



gerir os conflitos imediatos que o cidadão apresenta em relação ao serviço prestado pelo Estado. Assim, muitas vezes diante da imprevisibilidade, da singularidade ou de falhas institucionais o poder de decisão discricionário do burocrata de nível de rua é que vai garantir a possibilidade de atendimento do cidadão, sobretudo de baixa renda, para assegurar acesso as políticas públicas.

Destaca-se a ação dos burocratas da linha de frente como uma variável importante para os estudos de implementação de políticas públicas, pois ao materializarem políticas e programas em bens e serviços o governo ou o poder público pune ou beneficia os cidadãos. Dessa forma, a ação dos burocratas de nível de rua pode ser elencada como variável causal para avaliar o sucesso ou fracasso de uma política pública, uma vez que, mais do que simplesmente executar ordens os funcionários possuem o poder de tomada de decisão sobre quem ganha, o que.

Cabe lembrar que as políticas públicas são realizações do governo que foi eleito para realizar uma série de compromissos com os eleitores. Mas apesar das propostas trazidas pelos eleitos, na maioria das vezes, as políticas são formuladas por agentes públicos que estão no topo da hierarquia do Estado para serem executadas pelos burocratas de nível de rua. O quadro fica mais complexo quando tratamos de diferentes entes federados que tem de atuar com responsabilidades de níveis diferentes e de forma colaborativa para o desenvolvimento de uma mesma política pública. Isso exige delegação.

No caso do Brasil muitas das políticas são formuladas pela União e pela adoção da descentralização das políticas públicas a execução é delegada para estados e municípios. Essa delegação envolve riscos de diversas ordens, pois é possível que a execução da política não aconteça, ou que se encaminhe para caminhos opostos dos formulados. A política pode encontrar resistência na parte dos executores por conta de valores, como é o caso dos médicos cristãos que se recusam a realizar o aborto mesmo em casos previstos em Lei. A resistência pode ocorrer em decorrência de motivos políticos e ideológicos, ou pode acontecer devido às más condições de aplicação da própria política ou da falta de habilidade do superior em convencer o funcionário da importância do papel a ser desempenhado na política.

O cenário descrito acima traz para o debate sobre políticas públicas a discussão vinculada ao controle que o Estado exerce sobre esses funcionários ou a

forma de monitoramento para garantir que os mesmos irão cumprir como os objetivos formulados para política pública. De um lado, normas e procedimentos que buscam controlar a atuação dos funcionários são adotados pelo poder público para promoção dos seus objetivos. O que exerce pressão sobre esses burocratas de nível de rua para que cumpram com suas responsabilidades e com as diretrizes previstas. De outro lado, há a cobrança dos próprios cidadãos que estão “face a face” com o funcionário ao receber o serviço do Estado. (LIPSKY, 1980). Essa pressão, muitas vezes, é decorrente da percepção do cidadão atendido sobre as decisões tomadas por esses agentes públicos em seus trabalhos, como não definitivas, abrindo uma brecha para flexibilizar as regras para que sejam atendidos seus interesses (Idem, ibidem); ou como diria no Brasil “dar um jeitinho”. Esse fato torna-se de fato possível, uma vez que, como já mencionado anteriormente, os burocratas de nível de rua tem poder de discricionariedade.

Ainda relacionado às formas de controle ou fiscalização a ser exercido sobre os burocratas de nível de rua; é necessário mencionar o debate que caracterizou a segunda geração de pesquisa sobre implementação, e identificado como: *top down versus bottom-up*. O modelo *top-down* se refere aos formuladores de políticas como os principais atores, dessa forma as decisões sobre as políticas são tomadas de “cima para baixo”. Já a perspectiva *bottom-up* enfatiza os a participação dos atingidos pelas políticas públicas implementadas caracterizando o processo de decisão “baixo para cima”. (HOWLETT *et al*, 2013).

Este debate teórico é particularmente importante para este trabalho uma vez que sua investigação tem como foco principal a atuação dos burocratas do nível de rua em sua implementação da política pública, em particular do Programa “Crack é possível vencer” em Pelotas-RR.

### **3. Uma abordagem integral para constituição da *agenda setting* da Política Pública de Redução de Danos no Brasil- unidade de análise ideias**

Como destaca Howlett, Ramesh e Perl (2013) nem todo problema social aparece na agenda pública, ou melhor, torna-se objeto de ação governamental. A questão social da drogadição nem sempre foi percebida como um problema de saúde pública no Brasil. Muito pelo contrário, essa percepção faz parte de uma construção social recente que confronta com políticas tradicionais de repressão e combate ao uso e tráfico de entorpecentes. Essa percepção desenvolvida enquanto política de segurança pública tratava o caso de ambos os atores, usuários e comerciantes, de forma quase indistinta classificando-os simplesmente como criminosos.

A transformação da questão do uso de drogas lícitas ou ilícitas no país de uma responsabilidade exclusiva de segurança pública para uma que incorporasse a responsabilidade da saúde pública e seus agentes como atores de políticas públicas resulta em mais do que um simples esgotamento de um modelo de política pública de segurança que passa a ser substituído por outro. Exigiu profundas mudanças na sociedade brasileira que perpassa uma abordagem integral dessa sociedade incorporando os aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e até de valores para permitir a formulação de novos conceitos, percepções e ações referentes a questão social da drogadição no Brasil. Seguindo a orientação teórica de uma abordagem integral do ciclo de políticas públicas, exposto por Howlett, Ramesh e Perl (2013), parte-se da compreensão de que a unidade de análise de ideias é base para a constituição de uma nova agenda pública brasileira que permitisse construir a política de redução de danos.

Este capítulo tem por objetivo resgatar historicamente a constituição da política pública de saúde brasileira conhecida como Sistema Único de Saúde, como forma de perceber as transformações nas ideias que permitiram a constituição do uso de drogas ilícitas como doença e não apenas como crime modificando, assim, o caráter do problema a respondido pelo Estado. Esse processo de reconfiguração de um problema de segurança pública para um problema de saúde coletiva vai permitir, posteriormente, a existência da estratégia de Redução de Danos como um tema de agenda pública e como uma ação do governo na forma de política pública.

### **3.1 A Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS): a transformação das concepções e da realidade social brasileira**

A saúde, entendida aqui como um estado de bem-estar individual e coletivo, passou por muitas transformações ao longo da história do Brasil, diferentes paradigmas permeavam esse conceito e traçavam assim diferentes ações públicas no enfrentamento das demandas de cada período histórico. Segundo Escorel e Teixeira (2008), em 1808, com a chegada da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro, foram instituídas as primeiras instâncias de saúde pública, que por função habilitavam e fiscalizavam o registro dos que se dedicavam a cura, como o médico, farmacêuticos, parideira, etc. Além disso, fiscalizavam os navios que chegavam às cidades costeiras, com o intuito de impedir que novas doenças se proliferassem.

Outro marco histórico, ainda conforme os autores acima citados, foram as primeiras ações governamentais de saúde desenvolvidas no final do Império à República velha. Nesse período, essas ações restringiam-se aos grandes centros urbanos, e a algumas doenças epidêmicas que repercutiam na economia, porém só as camadas mais altas da população recebiam atendimento, já que os poucos médicos que atendiam eram membros da elite e estavam nesses grandes centros.

Em meio a várias epidemias e diante da centralização do poder imperial, em meados do Século XIX, houve uma reforma nos serviços de saúde, pois foi estabelecida a Junta Central de Higiene Pública, que passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina. Também incluía a Inspetoria de Saúde dos Portos, segundo Escorel e Teixeira:

Durante esse período a atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas e à internação dos loucos no Hospício criado pelo Imperador. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas nas cidades maiores. (2008, p.1)

Já no período da independência, realizavam vacinação antivariólica em períodos de epidemias sob a organização dos municípios, também o controle da

entrada de escravos doentes nas cidades, bem como a expulsão de pessoas acometidas por doenças contagiosas das áreas urbanas e purificação do ambiente. Por conseguinte, nesse período surgiram as primeiras faculdades e agremiações médicas. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Em 1888, a abolição da escravatura resultou na substituição da mão de obra escrava pela assalariada, utilizando-se também da mão-de-obra europeia no processo de industrialização. No entanto, essa trazia da Europa muitas ideias de cunho anarquista, por isso protestos e greves foram frequentes nesse período. (CEFOR, APUD IN ACÚRCIO, 2012).

A mudança na forma de governo trouxe um contexto econômico, social e político para o período que ficou conhecido como República Velha (1889-1930) marcado pelas oligarquias dos estados mais ricos que governavam o país, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. O setor da economia girava em torno da cafeicultura e por isso os fazendeiros paulistas detinham grande poder decisório na administração federal. Esse processo favoreceu a industrialização, a partir do lucro gerado pelo café e aplicado parcialmente nas cidades, também propiciou a expansão das atividades comerciais, e consequentemente, o aumento da população urbana, adensada pelos imigrantes que chegaram ao Brasil no final do século XIX. (BERTOLLI FILHO. 1996).

Diante do aumento das epidemias no Brasil, o número de pessoas que viriam pra cá diminuiu, obrigando assim o governo a ter de adotar medidas para combater essa situação. Para tanto, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional, bem como as instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Contudo, o modelo adotado era das campanhas sanitárias, destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Este “modelo campanhista é de inspiração bélica, que concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social” (LUZ, 1991).

Frente a isso e a muitos relatos de violência policial sem motivos, sob a justificativa de que a polícia protegia os agentes sanitários da população, uma vez que essa poderia rebelar-se quando eram retiradas à força de ambientes a serem saneados, a intervenção médica passa a ser recebida com medo e desconfiança nos espaços urbanos, já que algumas ações acabavam por reproduzir as formas

repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos como passeatas e greves. (BERTOLLI FILHO, 1996)

Em 1918, evidenciou-se a precariedade dos serviços de saúde e a necessidade de reformá-los mediante a epidemia de gripe espanhola. Concomitante a isso, crescia o operariado nas cidades e conseqüentemente, a intensificação das atividades dos sindicatos, já refletindo as agitações sociais vividas na Europa, fomentando assim, a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, que lutava pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões, expandindo-se então o pensamento nacionalista, responsável por impulsionar o surgimento de diversos movimentos pela valorização da nação. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Ainda para Escore e Teixeira (2008) um dos objetivos desses movimentos era a criação de um ministério da saúde de caráter exclusivamente técnico, que foi barrado pelo então modelo vigente das oligarquias, pois essas viam uma ameaça ao poder local a partir de uma ação estatal centralizada, instituída pela autonomia estadual no campo da saúde. Porém, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), cujo primeiro diretor foi Carlos Chagas, com a função de controlar as ações de saúde.

Já na era Vargas (1930-1945), o contexto era de modernização do Estado Nacional e regulamentação das relações de trabalho, bem como a incorporação dos trabalhadores com a instituição das bases do sistema previdenciário. Dois fatos marcavam a economia nesse momento, a quebra da bolsa em Nova Iorque (1929) que afetou o cenário internacional e a crise da supersafra no setor cafeeiro que avançou no Brasil, esses geraram uma intensa crise econômica e por consequência uma forte insatisfação social, que somado ao adensamento urbano potencializou o movimento operário. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008)

Dessa forma, ao chegar ao governo, Getúlio Vargas portava para o aparelho estatal não só as demandas dos cafeicultores, mas de outros grupos também, como os tenentes que queriam uma ação estatal mais centralizada e voltada para os interesses nacionais em detrimento dos interesses das oligarquias estaduais. Nesse sentido, a política de Vargas comportava duas bases distintas, a saúde pública por um lado e a medicina previdenciária por outro. Assim, a medicina previdenciária se deu pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões<sup>2</sup>, posteriormente

---

<sup>2</sup> As CAPs eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos

transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que congregavam os trabalhadores por categorias profissionais. Como sugere os autores:

Apesar de estarem voltados prioritariamente para os benefícios e pensões, também ofereciam serviços médicos. A assistência era limitada aos trabalhadores inseridos em empregos formais e organizados conforme o sindicalismo instituído por Vargas e, portanto, atrelado aos interesses do Estado. Esse modelo corresponde à concepção de cidadania regulada – modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores informais eram vistos como pré-cidadãos. (SCOREL E TEIXEIRA, 2008)

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, renomeado em 1934 para Ministério da Educação e Saúde (MES), pois houve uma ampliação do setor relacionado à saúde e sua institucionalização. Dada a partir da criação de oito delegacias federais de saúde, uma para cada distrito em que o país foi dividido, para colaborar com os serviços locais de saúde e ainda o surgimento de Conferências Nacionais de Saúde, reuniões nacionais de dirigentes do setor, de cunho administrativo. (SCOREL E TEIXEIRA, 2008)

Dessa forma, esse período foi marcado pela separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária. A primeira se centrava na erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias. Já a segunda, de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar. Sendo assim, a assistência individual não era coberta pelo MES e sim competia ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. (SCOREL E TEIXEIRA, 2008)

Em 1945, Getúlio é deposto em resposta as manifestações populares contra a ditadura, e no ano seguinte é elaborada a Constituição democrática de inspiração liberal. Daí até 1964, o Brasil vivenciou o período de redemocratização, com eleições diretas para os principais cargos políticos, o pluripartidarismo e a liberdade

---

benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. Essas eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabendo ao setor público apenas a resolução de conflitos. (CUNHA & CUNHA, 1998)

de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos. Desse modo, na década de 50 a entrada do capital estrangeiro na economia nacional aumentou devido ao processo desenvolvimentista, que previa modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado, porém também marca esse contexto as manifestações nacionalistas, que ao contrário disso, visavam firmar economicamente o país com mais independência dos Estados Unidos. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008)

Conforme Acúrcio (2012), essa ambiguidade ideológica refletia no campo da saúde, pois haviam os sanitaristas que buscavam uma práxis articulada com a realidade nacional, mas também haviam outros sanitaristas que preconizavam que as condições de saúde melhorariam na medida em que fossem utilizadas técnicas e metodologias adequadas, de outros países. Um dos grupos que representava essa segunda corrente sanitária foi o Serviço Especial de Saúde Pública- SESP<sup>3</sup> pois sua estrutura de serviços era semelhante à estrutura nos Estados Unidos, isto é sofisticada e cara. Assim, o período passa a evidenciar a ampliação da assistência médica hospitalar em relação a atenção primária. Além do mais, há um crescimento dos serviços médicos particulares contratados por empresas que estavam insatisfeitas com os serviços disponibilizados pelos IAPs, estimulando assim os futuros convênios das empresas com grupos médicos, ainda de acordo com o autor supracitado.

Diante da precarização das condições materiais em que viviam a população, o movimento social se articulou no início dos anos 60, esse era liderado pelas elites progressistas que exigiam reformas de base, como o próprio projeto de reforma sanitária. Ainda assim, as forças conservadoras reagiram e levaram o país ao golpe militar de 1964. (ACÚRCIO, 2012). Com a justificativa de conter o comunismo, a corrupção e garantia da segurança nacional, se legitimou o regime ditatorial sob o comando dos militares. As mudanças estruturais feitas pelos generais presidentes iam de encontro à centralização do poder. Desse modo, a administração pública privilegiou a autonomia do Executivo em detrimento dos poderes Legislativo e Judiciário, evidencia Bertolli Filho (1996).

---

<sup>3</sup> A SESP foi criado em 1942, mediante um acordo com os EUA, tinha por objetivo dar assistência médica dos trabalhadores recrutados para auxiliar na produção da borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária, lembrando que a produção de borracha era necessária ao esforço de guerra dos aliados na 2ª guerra. (ACURCIO, 2012)



Em 1966, ainda de acordo com o autor acima referido, com o objetivo de modernização da máquina estatal ocorre a fusão dos IAPs, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em que os trabalhadores perdem a representatividade na gestão do sistema, ou seja, aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade numa tentativa de desmobilização das forças políticas estimuladas em períodos populistas anteriores.

Os anos de 1968 a 1974 ficaram marcados pelo “milagre econômico”, em que essa política econômica e o arrocho salarial aumentaram a concentração de renda culminado no empobrecimento da população, o que refletiu no aumento da mortalidade e morbidade, e ainda no aparecimento de epidemias como a meningite e poliomielite. Devido às graves condições de saúde pública, houve um aumento das consultas médicas demandadas socialmente, e a política sanitária portada no “milagre brasileiro”, tinha por orientação o paradigma da medicina como sinônimo de cura, investimentos na construção ou reformas de clínicas e hospitais privados, sob o financiamento da Previdência Social, multiplicação de faculdades particulares de medicina, bem como a organização e complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos. (ACÚRCIO, 2012)

Nessa lógica, o resultado foi o desenvolvimento da educação médica voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica, dependência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, desvinculado da realidade sanitária da população. Ainda, esse período privilegiou o setor empresarial de serviços médicos, que buscam os lucros mais do que a saúde ou cura de sua clientela. É neste contexto que aparecem atores internacionais que acabam tendo participação nas políticas públicas de saúde do país, são eles: Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde. Entre os movimentos importantes desses atores está o apoio à medicina comunitária que trazia um modelo alternativo ao vigente propondo técnicas de medicina simplificada, bem como utilização de mão de obra local (os agentes de saúde) e ainda a participação da comunidade. (ACÚRCIO, 2012)

O grande avanço de 1975 foi a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que apesar de portar ideias inovadoras, deu ao Ministério da Saúde apenas caráter normativo, com suas ações voltadas ao âmbito coletivo, já ao Ministério da

Previdência continuava a responsabilidade pelo suprimento das demandas individualizadas. Dessa maneira, numa nova tentativa de racionalização da previdência, em 1978, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), numa lógica de ampliação da seguridade social. (ACÚRCIO, 2012). Segundo Costa (2007), embora desfavorável à participação social o contexto da década de 1970, tensionado pela ditadura militar, paradoxalmente impulsionou o surgimento de movimentos sociais e das lutas por eles travadas. Dado que, com o fim do “milagre econômico” em meados da década de 1970, emergiram dificuldades internas, uma vez que essas foram pressionadas pelo cenário internacional com a crise do petróleo. Assim, as brechas econômicas e políticas atingiram o sistema ditatorial, possibilitando uma abertura política lenta e gradual em fins da década, abrindo caminho para novos atores sociais.

Nesse período, as principais características do modelo de assistência à saúde, ou da política pública de saúde eram de caráter centralizador, curativo e excludente, uma vez que, o acesso aos serviços era limitado aos trabalhadores com comprovação de vínculo empregatício. No entanto, salienta ainda, que crianças e idosos não se enquadram nesse perfil. Além do mais, grandes contingentes populacionais já tinham como ocupação o trabalho informal, ou seja, amplas partes das parcelas sociais estavam sem assistência à saúde. Como enfatiza a autora, “ao contrário do que preconizava, o modelo de desenvolvimento adotado concentrou riqueza, não distribuiu benefícios sociais e prejudicou sobremaneira a saúde da população”. (COSTA, 2007)

Nessa conjuntura, tomou corpo o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que segundo Fleury (1992), era um projeto que portava um modelo de democracia com base na formulação de uma utopia igualitária, bem como a garantia da saúde como sendo um direito individual, ainda salienta sobre a importância da construção de um poder local fortalecido pela gestão social-democrática. Para Gerschman (2004), o novo modelo de sistema de saúde proposto pelo Movimento Sanitário era fundamentado no direito público e universal no que se refere ao cuidado de saúde, e ainda ao controle exercido pela sociedade, ou seja, uma proposta política que portava o restabelecimento da democracia, atrelada a um projeto para o sistema de seguridade social moldado nos princípios do Estado de bem-estar europeu.

Além do movimento sanitarista, ganha corpo no Brasil movimentos sociais que ensejaram a Reforma Psiquiátrica (1970), em meio a toda luta nacional pela redemocratização. Fernando Tenório, em seu trabalho *Psychiatry reform in Brazil from the 1980.s to present days: its history and concepts* (2002) faz um resgate histórico desse processo de reforma e dos atores envolvidos. Segundo ele, entre a virada de 1960 a 1970, adquirem força dois movimentos que antecedem a Reforma Psiquiátrica, mas que foram força expressiva do movimento reformista: as comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária.

Basicamente havia um grande descontentamento com o modelo de atenção aos doentes mentais, as estruturas asilares, que privavam esses à liberdade, chamados vulgarmente de manicômios (ou hospícios). Para Tenório (2002), nessa tentativa de mudanças na estrutura e todo o seu ideário surgem às comunidades terapêuticas, essas tinham por objetivo resolver a questão da liberdade no interior do hospício. No entanto, esse modelo logo foi incorporado pelos manicômios privados, principalmente enquanto estratégia de marketing dando uma imagem moderna ao serviço, mas preservando o modelo autoritário de tratamento, com abordagens conservadoras.

Mesmo que este movimento não tenha atingido o principal objetivo, ele trouxe para o debate político e social a questão da cidadania do doente mental, que até então não havia entrado na pauta. Esse é um marco importante para transformação na concepção do usuário de droga como um cidadão que passa um momento de adoecimento e por isso merece um tratamento digno. É uma das primeiras abordagens que trazem para o debate público essa nova visão.

Conforme Tenório (2002), o movimento da psiquiatria comunitária visava organizar o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental a partir da intervenção comunitária, assim, tentava-se detectar precocemente as situações críticas com a finalidade de resolvê-las antes da necessidade de internações. Porém, posterior a essa aceitação inicial, esse modelo passou a ser questionado, tendo em vista os riscos da psiquiatrização do social. Em outras palavras, a ideia de saúde mental passa da busca pela cura para a adaptação ao grupo social, ou ainda, ao ajuste dos sujeitos ao padrão de normalidade estabelecido e, portanto, uma política de saúde de carácter eugenista. Além do mais, essa orientação adaptacionista e normatizadora da saúde mental produz uma tendência em que o

psiquiatra deve controlar os agentes não profissionais (vizinhos, líderes comunitários e agentes religiosos). Desse modo, embora se traga ao debate os riscos da psiquiatrização e normatização do social, a aproximação da medicina com a comunidade trouxe um importante recurso terapêutico, pois possibilita ao paciente tratar-se em comunidade, tal como ele é, habitando o social. (TENÓRIO, 2002)

Esse dois movimentos sociais, aliados ao engajamento de vários setores populares ensejou uma luta coletiva em favor da saúde pública, culminando no Sistema Único de Saúde- SUS. Segundo o Ministério da Saúde, o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa a saúde. E ainda afirma Domanico (2003),

“O SUS surge como resultado de um amplo processo de mobilização política no contexto de luta pela redemocratização da sociedade e do Estado brasileiro. É fruto, entre os elementos, das conquistas expressas na Constituição de 1988 – considerada por alguns autores como Constituição Cidadã –, no caso da Saúde, do movimento sanitário.”

Buss (2005) salienta que esse novo modelo de saúde pública tem sua origem na crise do modelo vigente e numa intensa mobilização popular em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que segundo o autor culminou na Constituição Federal de 1988. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, também é vista como um marco para o processo da reforma psiquiátrica, pois a partir dela ampliou-se a luta por uma sociedade sem manicômios. Embora, previsto na Constituição de 88 as alterações no serviço de atenção à saúde mental, tais como: extinção dos asilos, ampliação dos dispositivos extra-hospitalares, entre outros, a Lei N° 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, só foi sancionado em 2001 após 12 anos de tramitação da reforma psiquiátrica. (Brasil, 2001)

Extraído dos anais da 8ª Conferência, Dias (1986) salienta o *Direito a saúde para todos*, que está no cerne do novo modelo de saúde proposto, e é

compreendido como o acesso à saúde que cada indivíduo tem em um determinado país, não só a disponibilidade de serviços sanitários, mas também um estado de saúde que permita a uma pessoa levar uma vida social e economicamente produtiva, ou seja, é um estado pessoal de bem-estar. Nessa perspectiva, a saúde não deve ser vista como um dos meios para alcançar o desenvolvimento econômico de um país, mas sim o objetivo desse desenvolvimento.

O alcance da saúde pra todos não depende só da assistência médica está atrelado também à agricultura, indústria, ensino, habitação, etc., é um conceito global e, portanto quando um governo adota a saúde pra todos se compromete a partir da vontade política, a estimular o progresso de todos os cidadãos, possibilitando qualidade de vida a esses, ainda conforme o autor citado acima.

Para Yunes (1999), a realização da 8ª conferência, em meio à transição democrática, trouxe a proposta que previa não só a criação do SUS, como também a municipalização da saúde, ideias que acabaram sendo regulamentadas por meio das leis 8080 e 8142 (1990), na Constituição de 88.

Como diz o texto constitucional, “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”, assim, o novo modelo passa a tratar a saúde não como uma política isolada, mas sim atrelada às políticas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, emprego e lazer. Outra reorientação clara na nova política de saúde são as três diretrizes básicas do SUS, sendo elas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. (Yunes, 1999)

Nesse contexto, ainda conforme o autor supracitado, o INAMPS (1974) que até então era o principal órgão de assistência médica, e ficava a cargo do Ministério da Previdência Social foi transferido ao Ministério da Saúde e, extinto em 1993. Logo, com a implementação do SUS, a responsabilidade pela assistência à saúde da população passaria aos municípios, com recursos técnicos e financeiros providos pela União e pelos estados, previsto no artigo 30 da Constituição Federal.

Oficializado pelo Conselho Nacional de saúde, em 1991, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), significava um grande avanço para a saúde pública, pois legitima a descentralização de poder e recursos entre a União, estados e municípios, com vistas a facilitar a implementação das políticas públicas levando em conta diferenças regionais do país, e definir com clareza os papéis e responsabilidades dos diferentes atores que compõe a saúde, como salienta o autor:

O SUS, embora susceptível a críticas pontuais, mesmo por causa da complexidade das questões a serem enfrentadas, é um sistema democrático e suprapartidário de redistribuição de poder e de recursos; de redefinição do papel dos gestores públicos (e de suas responsabilidades financeiras); de estabelecimento de relações consensuais entre os diferentes níveis de governo; e de reorganização institucional. (Yunes, 1999, p. 67)

A descentralização, aliada ao ideário democrático possibilita também um canal de participação social através dos Conselhos de Saúde, que passam a exercer a função de controle social das políticas públicas do país, podendo levar as demandas sociais daquele determinado território para dentro de um espaço decisório, uma vez que, cada região possui suas peculiaridades, portanto há uma ampliação do diálogo entre o Estado e os cidadãos, de maneira a tornar essa relação mais horizontal e próxima. Como constata o autor:

Ressalte-se, igualmente, a atenção dada à participação popular, por intermédio dos Conselhos de Saúde, organizados em todas as instâncias. Tais órgãos dispõem de flexibilidade para aderir ou para adaptar-se às regras do SUS, segundo as possibilidades e peculiaridades socioeconômicas, locais e regionais. A negociação substituiu a imposição vertical, trazendo como contrapartida a atribuição de responsabilidades. Tais características se tornam ainda mais relevantes quando se tem pela frente a necessidade da organização dos fluxos de demanda e da racionalização do uso de recursos de média a alta complexidade. A atenção à saúde não pode ser atomizada; antes deve ter em vista a integralidade do atendimento e a busca da diminuição das disparidades regionais. (Yunes, 1999, p. 67)

Assim, é possível identificar que o SUS é um modelo democrático de saúde pública, que foi e está sendo construído a partir do engajamento de vários movimentos sociais, dos quais destacamos: o movimento da reforma sanitária e o movimento da reforma psiquiátrica.

Entretanto, carrega consigo resquícios do seu processo histórico de constituição, as ações de saúde desde o Império tinham por finalidade combater grandes epidemias, a fim de uma estabilidade social que propiciasse o desenvolvimento econômico do país. Os serviços médicos eram acessíveis

principalmente para a elite urbana, já as parcelas mais pobres ficavam à mercê das práticas autoritárias da polícia com o objetivo de promover a limpeza social.

Dessa forma, a saúde foi ampliando-se em uma lógica privatista, o Estado como financiador do sistema, o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica, e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos.

Assim, para melhor compreender o estágio da implementação do Programa “Crack, é possível vencer” no município de Pelotas, etapa foco do ciclo de política públicas neste trabalho, é imprescindível situar a montagem da agenda pública, pois as ideias contidas nessa etapa terão influência nos demais estágios do ciclo dessa política pública.

Howlett e.t. al (2013) caracteriza a montagem da agenda pública como o primeiro, e talvez, um dos estágios mais críticos do ciclo de uma política pública, pois se refere a maneira como os problemas surgem, ou não, enquanto alvo de atenção por parte do governo, ou seja, diz respeito ao reconhecimento de que algum assunto presente na agenda pública (informal) passa a ser objeto da agenda do Estado (formal). E, além disto, enfatiza que o que acontece nesse estágio inicial terá um impacto decisivo em todo processo político e seus outcomes.

Baumgartner e Jones desenvolveram um modelo de análise que ajuda a explicar o conteúdo provável dos padrões ou modos típicos de comportamento da montagem de agenda, em que a construção de um subsistema político estável, ou monopólio político é o mecanismo-chave para estabilidade na montagem da agenda, por intermédio do seu discurso político. Tal subsistema fortalece o conjunto básico de ideias, grande parte dos atores e a ordem institucional em que ocorre o desenvolvimento da política, formando-se a parte um discurso ou um quadro político em que as questões políticas são explicitadas nominalmente e se tornam alvo de reivindicação. O que pode ser facilmente visualizado no fenômeno de epidemia do crack, a partir do conceito de pânico moral.

Segundo Domanico (2006), o uso do crack que se inicia nos anos 90 passou a ser tratado pela mídia como uma questão mortal, assustadora e sem possibilidades de convivência, ensejando o discurso do “pânico moral” em relação

ao uso de crack. Podendo ser identificado a partir de quatro eixos: o “exagero dos fatos”, “amplificação por associação”, “profecias da desgraça”, e a “simbolização”.

Assim, conforme autora citada acima, o “exagero dos fatos” trata-se da forma com que a mídia e alguns técnicos da saúde lidavam com a questão, pois é muito comum ouvir falar que o crack causa dependência quase que imediata, que seu uso leva à marginalidade e que não se alcança a abstinência depois do uso. Já a “amplificação por associação”, é quando um fato aparece como consequência de outro, pode ser descrito como: hoje se usa crack, amanhã se torna dependente, depois de amanhã está cometendo delitos, ou seja, a amplificação por associação pôde provocar uma associação forjada entre crack e criminalidade. As “profecias da desgraça” se realizam na medida em que se tem acesso somente a casos de usuários de crack que se prejudicaram socialmente, como os que perderam emprego, abandonam a escola etc. E por fim, a “simbolização” é quando fatos atribuídos ao estereótipo de usuário de crack eram apoiados por intervenções que os colocavam no papel de desviantes. Ou seja, determinados grupos ou veículos de comunicação que tinham legitimidade política para interferir na formação de uma opinião pública, passaram a veicular um conjunto de valores e de referências morais que geraram um pânico no interior da sociedade frente à questão do uso de crack.

No entanto, foi a criação do SUS, fundamentado em um novo modelo de saúde, modelo esse que privilegia o bem-estar dos sujeitos, que se permitiu discutir novas abordagens de atenção à saúde mental, isto é, possibilitou que a Redução de Danos pautasse as discussões da agenda pública, e viesse a ser formulada pelo Estado como uma importante estratégia de atenção ao usuário de substâncias psicoativas.

Com relação à análise da montagem da agenda, Howlett e.t. al (2013) postula, que é o tipo de subsistema político que possibilitará que novos problemas ou opções entrem na agenda governamental. Estes subsistemas políticos dividem-se entre monopolísticos ou competitivos. Caracteriza-se como monopólio político quando não há a presença de novas ideias, e há uma orientação para o status quo, ou seja, se manterá a hegemonia do subsistema existente sobre a definição e a construção dos problemas e das soluções. No entanto, quando este mesmo monopólio tiver algumas novas ideias é provável que estas produzam alguma reformulação das questões ou temáticas do subsistema. Porém, mesmo que um



subsistema seja mais competitivo, se não desenvolverem novas ideias é provável que a montagem da agenda se caracterize apenas por variações disputadas em torno do status quo. Entretanto quando as ideias ainda forem antigas é quase certo que apenas propostas de mudanças modestas no status quo tenham acesso à agenda institucional.

Dessa forma, ainda conforme os autores citados, somente quando existir um sistema competitivo e a presença de novas ideias que há a probabilidade de que mudanças mais profundas na definição e na identificação de problemas prossigam para a agenda formal dos governos e avancem para serem consideradas no próximo estágio do ciclo político-administrativo: na formulação da política.

Por conseguinte, observa-se a participação dos atores e Instituições em torno da discussão sobre drogas, tais como a Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (Reduc) e a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda), Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), entre outras.

Assim, após esse longo percurso de disputas e competição a possível epidemia do crack torna-se objeto da agenda pública em 2009 no Brasil. Esse fato exigiu do governo brasileiro respostas sendo uma das escolhidas o Programa “Crack, é possível vencer”, que se concretizou em dezembro de 2011, como será demonstrado no próximo capítulo.

#### **4. Política sobre Drogas: Surgimento da Política de Redução de Danos**

O segundo estágio do ciclo de Políticas Públicas, a formulação, é substanciado pela definição, consideração, aceitação ou rejeição de opções. Desse modo, a estrutura do subsistema político é que vai possibilitar ou não a ação do Estado frente às demandas. Assim, a estrutura desse subsistema é calcada na capacidade desse em abrigar novos atores como co-partícipes do processo e/ou absorver novas ideias de velhos e novos atores. (Howlett et al, 2013)

Embora o objetivo desse trabalho não seja analisar o estágio da formulação da política, esse capítulo tem por finalidade observar o formato da Política (*design*) sobre drogas no Brasil, pois é nessa formulação que encontra-se as diretrizes para a implementação da Política de Redução de Danos.

##### **4.1 Evolução das Políticas sobre drogas**

De acordo com o Ministério de Saúde (2003), droga é qualquer substância capaz de modificar o funcionamento do organismo vivo, agindo principalmente na função do sistema nervoso central, podendo alterar temporariamente a percepção, o humor, o comportamento e a consciência. Esse termo é emprego diante da simbolização que adquire para sujeitos ou grupos específicos que fazem uso dessas substâncias suprarreferidas, podendo ter ainda outras definições como: drogas de abuso, entorpecentes, drogas psicoativas, etc.

Segundo Oliveira e Santos (2012), o manejo e uso de drogas não é restrita a sociedade atual, ao contrário, as autoras citam registros de que há 10 mil anos atrás já se fazia uso de drogas, e sugerem que na maioria das vezes o uso tinha fins medicinais, mas também por vezes, as substâncias eram utilizadas para alterar a consciência em determinadas culturas.

Tendo em vista que cada sociedade, em um determinado contexto específico, possui seu conjunto de normas e regras, a regulação das drogas variava de acordo com o lugar, cultura e período histórico. Assim, conforme as autoras referidas acima foi no século XX que muitos países baniram o uso recreacional das drogas.

Foi no período das oligarquias que no Brasil, seguindo o modelo internacional dos Estados Unidos, criou-se em 1924, vinculado Código Penal, o

Decreto 4.294, que previa pena de prisão para aqueles que vendessem ópio e seus derivados e cocaína, e ainda o Decreto 14.969, que instituiu o sanatório para toxicômanos (Oliveira e Santos, 2012). Houve também outras iniciativas proibicionistas como uma lei (1830) da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, que aplicava penalidades aos “negros vadios que fossem pegos fumando maconha”.

Nesse sentido, Saad (2013) aborda um importante aspecto sobre a ilegalidade das drogas, a intolerância cultural, em um período de ex-escravos no país, o uso da maconha foi proibido em função da cultura marginalizada, pois era um hábito trazido pelos escravos africanos, considerados raça inferior segundo ideias então em voga. Como nos mostra a autora:

No cenário político de uma Abolição e uma República recém-decretadas, se intensificou a visão de que os hábitos e práticas dos negros seriam obstáculos para concretizar os anseios por uma nação civilizada. O consumo de maconha constituía, assim, um dos empecilhos à modernização e ao progresso, uma vez que seus usuários tenderiam a adquirir comportamentos violentos, imorais ou insanos. A criminalização da maconha esteve associada à criminalização das práticas culturais de seus usuários, como foi o caso dos cultos afro-brasileiros como o candomblé. (SAAD, 2013)

Assim, como no início das ações de saúde, as primeiras ações tratativas para usuários de drogas, principalmente o álcool que já era comercializado e socialmente aceito, partiram do setor privado. Eram organizações<sup>4</sup> geridas por psiquiatras e membros da elite médica brasileira, e, portanto seguem a mesma lógica higienista da saúde neste período. (Oliveira e Santos, 2012)

Oliveira e Santos (2012), ressaltam que frente ao advento da globalização da economia, no pós Segunda Guerra Mundial, e a expansão do neoliberalismo, globalizou-se também o mercado das drogas, no sentido de que as leis que serviam para legitimar o estereótipo político criminoso das substâncias psicoativas passaram a ser exportadas também em um nível global.

---

<sup>4</sup> Como exemplos de organizações podemos citar: a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró-Temperança. Dentre suas ações, promoviam a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas. (Oliveira e Santos, 2012)

Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), foram protagonistas na emissão das primeiras observações e medidas de controle dessas substâncias, pautadas em teses farmacológicas, médicas e jurídicas, criando várias comissões técnico-científicas, moldando assim leis e políticas públicas em vários países, inclusive no Brasil, evidenciam as autoras acima citadas.

As primeiras ações de saúde voltadas ao público usuário de drogas ficaram centralizadas à prática médica. Isso porque o Século XX foi marcado pela valorização do saber médico, e do paradigma saúde/doença, validado pela habilitação pericial e intervenções em parceria com as esferas jurídica, educacional, política e moral que visavam o controle de doenças infectocontagiosas e tropicais.

Assim, as primeiras medidas coercitivas ao uso e comércio das drogas aconteceram por intervenção da justiça criminal que agia em parceria com o movimento da medicina, pois esse detinha o aparato técnico para legitimar as provas sobre fatos criminais. (Machado, 2006; Coelho e Almeida filho, 1999)

Foi na década de 80, que tanto o uso abusivo quanto o tráfico expandiram no país, a falência do modelo econômico nacional (chamado “milagre econômico”), aliado ao alto índice da inflação e a explosão demográfica nos grandes centros urbanos, aumentou a pauperização nas periferias e favelas brasileiras. Desse modo, diante do desemprego conjuntural e o fato do Brasil fazer parte da rota internacional do tráfico de drogas possibilitou um aumento do mercado ilícito no país. (Batista, 1998, 2001)

O reconhecimento da utilização de substâncias psicoativas como um problema social leva o Estado a fornecer respostas, através de diversas políticas públicas, para o uso de drogas ilícitas no Brasil. Além disso, a evolução das políticas de saúde pública permitiu que fosse homologada a Lei nº 11.343/06, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e que prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. (Ministério da Saúde, 2013)

Essa lei é considerada um marco jurídico de mudança de paradigma e de procedimentos penais ao atender ao pressuposto da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), pois prevê o reconhecimento das diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma

diferenciada, porém sem cessar com os mecanismos de repressão ao tráfico. (Ministério da Saúde, 2013)

Assim, os procedimentos que eram restritos a ações policiais, de cunho punitivo, e ao encaminhamento dos usuários a hospitais psiquiátricos em alas para doentes mentais, passam a ser processados por posse de droga para uso próprio, tendo direito à definição de um projeto terapêutico individualizado com vistas à ressocialização, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde (art. 22, inc. III).

A criação de instituições públicas para tratar desse fenômeno social é um importante mecanismo de aplicação da nova lei a partir da instituição dos Centros de Atenção Psicossocial, que porta um modelo inovador de atenção ao usuário de drogas, propiciando tratamento em meio aberto a essa demanda. Em contrapartida, como a maioria das instituições públicas enfrenta muitos desafios na tentativa de tentar garantir a atenção integral a esses usuários, como recursos públicos escassos, o agravamento das desigualdades sociais, insuficientes políticas públicas de assistência social a essa população marginalizada e a cultura autoritária enraizada nas práticas de combate às drogas.

Além do mais, esse novo modelo porta intensas fragilidades na sua efetivação democrática. Nessa perspectiva, mesmo com a mudança da lei sobre drogas, reformulada a partir desse novo paradigma, ela ainda se caracteriza por ser um meio de criminalizar o usuário, como enfatiza Bezerra Jr. (2000) “A pessoa envolvida com drogas ilícitas é vista não como alguém de direitos e deveres, mas como um sujeito mutilado que vive no limbo social, pela sua condição de fora da lei”.

A lei antidrogas vigente anteriormente, baseava-se na legislação americana, vinculada a práticas repressivas e autoritárias que além de criminalizar o usuário, sem que este se interrompa o uso, também o afastava dos serviços públicos previstos na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, como evidencia Bravo et al.:

Contudo, o rigor e o controle em relação às substâncias consideradas ilícitas não evitam o consumo. É sabido também que a criminalização não conseguiu diminuir o consumo como pretendia e produziu efeitos devastadores. A criminalização também tem prejudicado totalmente as políticas de prevenção, pois afasta e estigmatiza o usuário dependente, e diminui a proba-

bilidade deste procurar tratamento em instituições públicas de saúde. (2004, p. 172)

Diante desse contexto, uma plausível alternativa encontra-se na redução de danos decorrente do uso de drogas, esta pressupõe respeitar as diferenças, garantir direitos de cidadania, numa perspectiva de educação para autonomia, evidência Bravo et al. (2004, p.172), “redução de danos caracteriza-se por ser uma alternativa para aquelas pessoas que não se encontram em condições de cessar de imediato, com o uso da droga (ou que não o desejam), devido a valores inerentes a singularidade de cada ser humano”.

Nessa perspectiva, a autora supracitada evidencia que a Lei Antidrogas se diferencia muito da Política Nacional de Redução de Danos, pois enquanto a primeira tende a uma tutela institucional, a segunda, baseia-se na emancipação humana, pois essa não impõe a abstinência aos sujeitos, e permite a flexibilização de alternativas para o tratamento.

Assim sendo, a Lei vigente sobre drogas e a Política de saúde destinada à atenção de usuários de álcool e outras drogas têm pela frente desafios para se fortalecer, tais como: livrar-se da herança dos modelos americanos de saúde e de segurança pública baseados na tecnocracia, atrelados às práticas de cunho higienista, em que historicamente mostraram-se a serviço do desenvolvimento econômico e não do bem-estar social.

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) realizou uma “Pesquisa Sobre A Situação Do Crack Nos Municípios Brasileiros”<sup>5</sup>, com ênfase no crack em 3.950 (71%) cidades para investigar se as drogas já estavam presentes no município e como o poder público municipal está organizado para enfrentar este problema. Segundo o relatório em Audiência Pública na Câmara dos Deputados em 2010, Pablo Roig, psiquiatra especializado em tratamento de dependentes do crack, apresentou uma estimativa, na época, de que o número de usuários no Brasil estaria

---

<sup>5</sup> Pesquisa Sobre A Situação Do Crack Nos Municípios Brasileiros. Disponível em: [http://www.magma.mp.br/arquivos/COCOM/arquivos/centros\\_de\\_apoio/cao\\_saude/dados\\_e\\_estatistica/mapeamento\\_crack\\_municipios\\_brasil\\_estudo\\_completo.pdf](http://www.magma.mp.br/arquivos/COCOM/arquivos/centros_de_apoio/cao_saude/dados_e_estatistica/mapeamento_crack_municipios_brasil_estudo_completo.pdf) ; e pesquisa “Os Municípios brasileiros como protagonistas no enfrentamento ao crack”. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/v4/v11/crack/pdf/crack2012.pdf>

em torno de 1,2 milhão, e este dado foi divulgado no lançamento da Frente Parlamentar Mista de Combate ao Crack.

O resultado da pesquisa da CNM (2010) afirma que o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas do governo federal limitou o acesso dos Municípios à implementação das ações para 1.643 Municípios ou a 29,5% das cidades brasileiras com população acima de 20 mil habitantes. Entre os Municípios acima de 20 mil habitantes, que é o caso de Pelotas-RS um dos municípios participantes da pesquisa, 48,1% (1.902) destes realizam campanhas de combate ao crack.

Os entrevistados pela CNM (2010) responderam, ainda, que 14,7% possuíam CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Porém, 91,5% dos Municípios ainda não haviam adotado um programa municipal e só 8,4% (333) possuíam um programa municipal de combate ao crack. Já ao realizar pesquisa similar em 2012, o Observatório do Crack em conjunto com a CNM, apontaram que de 2.170 municípios pesquisado 489 apresentavam CAPS e 1681 não; demonstrando uma evolução lenta da implantação da política nacionalmente.

O estudo da Confederação Nacional de Municípios revelou, também, que no estado do Rio Grande do Sul 64,5% (278) Municípios executam ações de combate ao crack. As principais ações se voltavam para mobilização e orientação à população, sendo realizada em 1.699 Municípios (40%), seguida da prevenção do uso de drogas, executada em 1.518 (38%) dos Municípios pesquisados. Ações como o atendimento a familiares (705), a capacitação de profissionais (399) e o tratamento aos dependentes (374) ocupam um segundo bloco de ações, enquanto, a reinserção social dos usuários era realizada por 181 Municípios, e ações de combate ao tráfico foram registradas em 252 Municípios.

#### **4.2 Política de Redução de Danos**

A Redução de Danos (RD) é uma política pública do Ministério da Saúde do Brasil, para lidar de forma adequada com problemas que podem ser gerados pelo uso de álcool e outras drogas. Está preconizada na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), e respaldada pela PORTARIA Nº 1.059/GM DE 4 DE JULHO DE 2005, do Ministério da Saúde que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção

Psicossocial para o Álcool e outras Drogas -CAPS ad- e dá outras providências. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

No tocante a formulação de Políticas de Redução de Danos exerce importante papel a Secretaria Nacional Antidrogas- SENAD, que é ligada ao Ministério da Justiça e acompanha atividades para prevenção do uso de drogas. Ela organiza metas e planos de estratégias para cumprir e acompanhar a Política Nacional Antidrogas, e é responsável por gerir o Fundo Nacional Antidrogas-FUNAD; além de fiscalizar o que é feito com a verba desse fundo que é transferida para órgãos que são conveniados<sup>6</sup>, como as Secretárias Municipais de Saúde.

## Rede de atendimento varia com a população

Para receber apoio financeiro do governo federal, as prefeituras têm que construir sua rede de saúde mental segundo as regras do Ministério da Saúde

Habitantes	Recursos disponíveis para:
até 20 mil	Rede básica com ações de saúde mental
entre 20 e 70 mil	Caps I e rede básica com ações de saúde mental
entre 70 e 200 mil	Caps II, Caps AD e rede básica com ações de saúde mental
mais de 200 mil	Caps II, Caps III, Caps AD, Capsi e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu)

*Fonte: Ministério da Saúde*

Os municípios brasileiros para implantar o CAPS devem ter mais de 40 mil habitantes (30 mil na Amazônia) com um núcleo de atenção integral à saúde da família, com pelo menos um psicólogo ou psiquiatra, e um terapeuta ocupacional ou assistente social. Essas equipes de Saúde da Família devem prestar o primeiro atendimento aos dependentes que buscam tratamento. Cada núcleo de atenção integral à saúde da família deve dar suporte técnico para 9 a 11 equipes de Saúde

<sup>6</sup> [www.jusbrasil.com.br/legislacao/95414/decreto-5912-06](http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/95414/decreto-5912-06) [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)



da Família que devem estar articuladas aos Caps.

Dessa forma, os municípios têm de elaborar um projeto de CAPS para obter através da Secretária Estadual de Saúde a autorização da Comissão Intergestores Bipartite (órgão do SUS composto por estados e municípios), para solicitar junto ao Ministério da Saúde o cadastramento do serviço e estar apto para obter verbas da União. A aprovação do projeto, com estimativa de pessoal e material necessários, permite a União repassar para o município R\$ 50 mil para implantação de Caps III ou Caps AD. Os doentes que não buscam o atendimento junto as equipes de Saúde da Família devem ser abordados por equipes itinerantes, chamadas consultórios de rua e formadas por médicos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos. Tanto as equipes de Saúde da Família quanto os consultórios de rua devem estar vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial (Caps). É esta equipe, aqui denominada de burocratas de rua ou burocratas da linha de frente, que cumpre com o papel de implementação da política o município e que é investigada neste trabalho.

Associado a formulação da política destaca-se, ainda, a sua incompletude, uma vez que a política de saúde mental prevê ainda a criação, nos municípios com mais de 200 mil habitantes como Pelotas, de centros de reabilitação – os chamados Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Outras Drogas (Shrads) –, que deverão priorizar a redução de danos. Ou seja, “o tratamento deve estar pautado na realidade de cada paciente, o que não quer dizer abstinência para todos os casos”, afirma o Ministério da Saúde em seu site. Esses centros de reabilitação ainda não estão regulamentados.

Considerada como um paradigma, uma abordagem ou uma perspectiva a redução de danos vem sendo utilizada como uma possibilidade de estratégia para diminuir danos relacionados a alguma prática que cause ou possa causar danos, como por exemplo, o uso abusivo de substâncias psicoativas. Caracteriza-se como um conjunto de ações que envolvem a proteção, cuidado e autocuidado, possibilitando o empoderamento dos usuários frente a situações de vulnerabilidade. É uma prática de saúde pública que está em franca sintonia com as experiências sanitárias. (Lancetti, 2008)

Nessa perspectiva, é necessário distinguir entre redução de danos como meta e/ou como estratégia. Segundo o Centro Brasileiro de Políticas de Drogas-

Psicotrópicos (2015) a RD como meta geral está presente em todas as políticas de drogas que almejam reduzir danos associados ao consumo, o que inclui medidas repressivas, como a criminalização de determinadas substâncias psicoativas e do consumidor, entre outras. Assim, os programas de tratamento orientados somente para abstinência também almejam reduzir danos. Já como uma estratégia específica, a redução de danos se refere somente àquelas políticas e programas que têm por finalidade reduzir os males decorrentes do uso indevido de drogas, sem que a abstinência seja uma exigência. Porém, a Redução de Danos não é compreendida aqui como sinônimo de legalização, apenas esse modelo reconhece e aceita que o uso de drogas sempre existiu e sempre existirá.

Dessa forma, a RD como estratégia de abordagem dos problemas com as drogas, não parte do princípio que deve haver uma imediata e obrigatória extinção do uso de drogas no âmbito da sociedade, mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com quem convivem.

Com a Constituição Federal de 1988, o papel do Estado foi redefinido, a partir da universalização dos direitos de cidadania, descentralização e gestão democrática das políticas públicas, dentro de um novo projeto de implementação da gestão descentralizada e participativa, que ocorreu no Brasil nos anos de 1990, nas esferas municipal, estadual e federal. Esse novo paradigma promove a descentralização das políticas públicas e foi amplamente apoiado pela sociedade brasileira, uma vez que dificulta aquela relação do poder de barganha dos *lobbies* no campo das políticas públicas, fragilizando essa formulação e implementação dessas verticalmente.

Segundo o Ministério da Saúde (2003) o estabelecimento de uma política sobre drogas exitosa deve prever sua descentralização e autonomia de gestão pelos níveis estaduais e municipais. Para tanto, a definição dos papéis de cada nível é fundamental, assim como a definição dos mecanismos de captação, utilização e repasse de recursos financeiros pelos três níveis de governo, de forma a equalizar os gastos em vigilância, tratamento, prevenção, redução de danos e repressão. E enfatiza:

É fundamental a recomposição das instâncias estaduais e municipais de controle da política de drogas, juntamente aos conselhos de saúde, ressaltando-se o ganho incomensurável se tais instâncias promoverem a participação de consumidores de drogas para a formulação de políticas locais. Os conselhos de saúde necessitam resgatar seu papel articulador entre os diferentes segmentos e não se constituírem em executores de ações. É importante ressaltar que a implementação de um sistema de formação de recursos humanos especificamente voltados para este tema é imprescindível. (2003, p. 29)

No entanto, Arretche (2000) corrobora que o simples fato de estar presente na Constituição Federal não garante que esse tipo de gestão diálogo, a elaboração de políticas públicas, o papel político que compõe essas competências, constituem experiências diferenciadas, a partir do tipo de relações de poder que se configura no local e do tipo e alcance da interferência que o nível federal exerce. Sendo assim, para que a gestão democrática se efetive é necessária uma cultura cívica altamente fortalecida. Além do mais, as profundas desigualdades sociais fragilizam ainda mais a participação ativa dos sujeitos nos conselhos e espaços decisórios.

Realidade que pode ser associada à política de redução de danos, pois tal política pública tem enfrentado problemas em sua implementação em decorrência de vários fatores como o modelo privatista de saúde que visa o lucro através da medicalização e das internações hospitalares ou em comunidades terapêuticas; a contradição com a política de segurança com ênfase na criminalização, as consequências do recente processo de descentralização das políticas públicas no Brasil que transfere a execução das políticas para os municípios que não contam com infra-estrutura e mão-de-obra especializadas para o bom funcionamento de programas de redução de danos, e a falta de uma cultura de investimento a longo prazo, sobre o fenômeno da descentralização o autor destaca:

Um dos objetivos da descentralização é a eliminação de procedimentos clientelísticos na relação Estado-sociedade. O problema, entretanto, é o pressuposto da descentralização que visualiza o cidadão comum como um ator social com poder e capaz de fazer prevalecer seu ponto de vista, em um contexto de deliberação, o que está longe da realidade, pois, de maneira geral, a maior parte da população não vê nos mecanismos de deliberação, por não estar preparada, uma saída para seus problemas. (BAQUERO, 2003, p.8)

Além disso, Howlett et al (2013) salienta que a implementação executada por cada órgão público exige um esforço de muitos anos, pois o financiamento de programas e projetos deve ser contínuo, porém como a maioria deles não são permanentes nem garantidos, envolvem negociação e discussão contínua no interior da própria política e também entre as divisões políticas e administrativas do Estado.

#### **4.3 Redução de Danos no Mundo e no Brasil**

Os primeiros registros de movimentos relacionados à Redução de Danos aconteceram na Inglaterra (1926), afirma Laranjeira (2004), solidado pelo Relatório Rolleston, um documento que estabelecia direitos aos médicos para a prescrição de opiáceos, aos usuários de substâncias psicoativas mais danosas, como uma alternativa de tratamento. No entanto, na falta de respaldo político e sistemático, esse documentou não encontrou legitimidade.

Ainda para o autor citado acima, por cinco décadas o movimento de redução de danos manteve-se estagnado, porém o cenário que marcava o período de 1926 a 1980, era do crescimento de doenças ímuno adquiridas entre a população mundial, isso levou os países da Europa a reconhecerem a necessidade de implementar programas objetivando reduzir o risco de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e disseminação das hepatites virais, principalmente entre usuários de drogas injetáveis.

Desse modo incluiu-se a Redução de Danos como uma estratégia fundamental para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas. Também, na Holanda, a epidemia de AIDS e Hepatite B, aliada aos movimentos sociais nas Organizações não Governamentais e associações dos usuários de substâncias psicoativas injetáveis, levou o país a desenvolver seu primeiro programa legalizado de RD, em 1980. O programa foi implementado mediante um acordo das autoridades sanitárias da Holanda para com os usuários, eles recebiam agulhas e seringas disponibilizadas pelo Estado e ficavam condicionados à devolução dessas. Têm-se o registro de que essa prática reduziu em mais de 80% as infecções por HIV-Aids desse grupo.

No mesmo ano 1980, o Reino Unido destacou-se como pioneiro na manutenção de estoque medicamentoso para os usuários de substâncias psicoativas. Os médicos com licença especial poderiam prescrever heroína injetável

para dependentes de opiáceos, com o objetivo de minimizar os sintomas da abstinência. Além dessa ação, o governo ainda apoiou os serviços direcionados a educação na comunidade, como as trocas de seringas para os usuários de drogas injetáveis, a oferta de moradias e atendimento hospitalar para estes, entre outras.

Desenvolvido por Domanico, a tese *Craqueiros e Cracados*, a autora faz um resgate histórico das primeiras estratégias de redução de danos no Brasil. Nesse trabalho, aponta que no início do séc. XX, reservado a elite, emergiu o uso da cocaína. Porém, já em 1970 o consumo dessa droga é banalizado, tornando-se um problema de saúde pública.

A autora supracitada salienta que a política norte-americana de “Guerra às Drogas” trouxe como consequência a entrada de grandes quantidades de cocaína para o Brasil, isso se deu porque ao estabelecer uma política repressora aos países andinos que produziam a coca, criaram-se novas rotas de tráfico internacional, incluindo o Brasil, aumentando assim, a circulação da droga no país. (Domanico, 2006, apud in Mesquita, 1992 e Rossi, 1996).

Dessa forma, o aumento de doenças infecciosas (por conta do uso de drogas injetáveis), como a AIDS, que se proliferava no mundo, passou a alastrar-se aqui também, principalmente nas cidades que pertenciam à rota do tráfico. Um exemplo disso foi Santos (SP), que se tornou um dos principais pontos de escoamento da droga para países da Europa e América do Norte.

Em 1988, a cidade foi considerada a “capital da AIDS”. Nesse contexto, inspirado em países que adotaram as estratégias de redução de danos, a administração municipal de Santos, em 1989, cria o primeiro *Programa de Redução de Danos Associados ao Uso de Drogas Injetáveis do Brasil*, por meio do *Programa Municipal de AIDS*. A ideia central do projeto versava sobre a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis que não conseguiam abandonar o uso, mas, pelo menos, não se infectariam mediante o compartilhamento de seringas.

O programa de Santos encontrou muita resistência política e social, pois a RD ainda hoje é bastante vinculada ao incentivo do uso de drogas. Assim, o programa foi interrompido, teve seu coordenador processado e ainda todo o material de prevenção apreendido. No entanto, em 1991, na mesma cidade, uma ONG, composta por diversos profissionais de saúde, ligados ao primeiro programa, se

articulavam em prol do tema, com o objetivo de desenvolver pesquisas sobre AIDS entre usuários de drogas injetáveis.

Outro marco histórico deu-se em Salvador (1995), o primeiro programa de troca de seringas na cidade, alocado em um centro de estudos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, o que pode ter sido um fator relevante na aceitação do projeto pela comunidade. Entretanto, o programa também recebeu represálias sociais e seus coordenadores foram considerados por muitos como incentivadores ao uso de drogas. (Domanico, 2006)

Diante desse impasse, apontam Bastos e Fonseca (2005), que alguns estados brasileiros aprovaram leis que regulamentam as ações de redução de danos. Sendo eles: São Paulo (Lei Estadual nº 9.758/97), Santa Catarina (Lei Estadual nº 11.063/98), Rio Grande do Sul (Lei Estadual nº 11.562/00) e Mato Grosso do Sul (Lei Estadual nº 2.404/01). Nesses estados a RD integra as políticas públicas de proteção e defesa da saúde. Dessa forma, essas leis afastam essas ações das normas criminalizadoras de comportamentos relacionados às drogas ilícitas e apelam para a necessidade de uma abordagem de saúde pública.

Evidenciam os autores acima citados que o conhecimento e as experiências no desenvolvimento de estratégias de RD no enfrentamento ao uso abusivo de drogas, colocam o Brasil num papel central entre os países da América Latina, pois tem promovido articulações para a mudança das legislações locais, também tem apoiado a obtenção de insumos e a implantação de ações de intervenção nesses países, e ainda oferecido estágios a profissionais de diferentes países latino-americanos.

No que concerne aos custos, segundo o Ministério da Saúde (2001), a maioria dos programas de redução de danos no Brasil são financiados (de maneira direta ou não) com recursos federais, disponibilizados por convênios entre as diferentes instituições e o Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde. Chama-se atenção a principal fonte desses recursos que é o acordo de empréstimo do Banco Mundial (no momento, em sua terceira e última reedição), portanto com prazo-limite para acabar.

O desenvolvimento desses programas são efetuados por universidades, instituições governamentais e organizações não-governamentais. E ainda contam com a integração dos PRD ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)

e ao Programa de Saúde na Família (PSF) e o seu credenciamento no SUS, o que permite outras formas de garantir a sustentabilidade dessas ações. (MS, 2001)

Um exemplo de RD vem sendo desenvolvida pelo Proad-Unifesp (Programa de orientação e assistência ao usuário), é a estratégia de substituição de crack por *cannabis*, diminuindo consideravelmente o uso de crack nos sujeitos avaliados. Nessa perspectiva, a Política de Redução de Danos se traduz enquanto uma lógica de ampliação de vida, totalmente entrelaçada a um projeto societário democrático, e potencialmente terapêutica para lidar com o complexo fenômeno da drogadição.

#### **4.4 Programa “Crack, é possível vencer”**

Em 2009, a possível epidemia do crack torna-se objeto da agenda pública do Executivo Federal tanto nas políticas de segurança pública, como as da saúde e da assistência social. Uma das respostas foi o lançamento do Programa “Crack, é possível vencer”, em dezembro de 2011. O governo brasileiro anunciou um investimento de R\$ 140,9 milhões do Ministério da Saúde e da Senad para o programa, ficando prevista a ampliação dos serviços de atenção aos usuários de crack e outras drogas e a qualificação de toda a rede integral para assistência aos usuários no país, conforme consta no Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, segundo o site do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).

Segundo a Revista do Senado Federal, *Em Discussão*, o principal objetivo desse Plano é desenvolver ações coordenadas de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de crack e de combate ao tráfico, de forma a integrar as iniciativas dos diversos órgãos da União, estados, municípios e da sociedade civil.

Conforme o portal do Brasil, no lançamento do programa o governo divulgou ainda que a meta era capacitar, até 2014, cerca de 11 mil pessoas no Estado do Rio Grande do Sul, com a formação de 800 lideranças religiosas, 3 mil conselheiros municipais, 800 profissionais de saúde e assistência social, 5 mil educadores da rede pública e mil operadores do Direito, além de 400 gestores, profissionais e voluntários de comunidades terapêuticas.

Foram previstas também 12 equipes de abordagem social no Rio Grande do Sul para os municípios que aderirem ao programa, apoiados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) que irai investir mais de R\$ 1

milhão, segundo a notícia Pelotas receberia duas equipes sócioassistenciais. Ainda segundo o site, em 2013, o Rio Grande do Sul tinha seis comunidades terapêuticas contratadas pela Senad, por meio de edital de chamamento público, totalizando 159 vagas para acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de drogas.

Nesse sentido, o discurso da epidemia do uso do crack, tem em seu conteúdo o pânico moral, e consequentemente está presente nas respostas de enfrentamento a este problema. Lima e Tavares (2012) destacam que parte das respostas públicas para o uso de drogas está sendo analisada e acusada de violar direitos humanos e de aprofundar a criminalização da pobreza.

Segundo o *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (2011)*, identificou um conjunto de práticas de violação de direitos nas chamadas comunidades terapêuticas. Consta neste relatório que os usuários internados sofrem diversas violações de seus direitos como a interceptação e violação das correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras.

Lima e Tavares (2012) mostram que as políticas do Executivo Federal após o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010), portanto, da saúde mental, mas a apropriação política dessa constatação caminhou para enunciações diferentes nas respostas: uma, liderada por políticos em frentes do Congresso Nacional avaliou o SUS insuficiente para enfrentar o problema do crack, desconsiderou as conquistas do controle social na saúde pública, chegou a decretar o fim da reforma psiquiátrica e pressionou pela inclusão das comunidades terapêuticas no âmbito do SUS; outra, protagonizada por parte dos militantes da saúde mental e da reforma psiquiátrica, aproveitou a força política da agenda do crack para fortalecer o SUS, através do financiamento de linhas de cuidado previstas na atenção básica, hospitalar, em saúde mental, formação e pesquisa. Contudo, essas direções no Executivo Federal, se num primeiro momento colidiram, parecem passar por alguma acomodação.



Assim, nota-se que mesmo havendo diversos atores e grupos de pressão que protagonizaram a luta antimanicomial tentando acessar o subsistema político-administrativo, com novas ideias para o enfrentamento do uso abusivo do crack e outras drogas, como por exemplo, a estratégia de redução de danos, aparece timidamente nas respostas do governo a questão, ou seja, apenas promovem contestações sobre o *status quo*. Além disso, percebe-se que o conteúdo do “Programa Crack, é possível vencer” está bastante atrelado às antigas ideias e ideologias, como a prática higienista, uma vez que prevê internações involuntárias promovendo a limpeza das cracolândias e injetando recursos públicos em comunidades terapêuticas (de recursos terapêuticos duvidosos) e hospitais privados, também continua com o foco no proibicionismo, com a ideia de dar fim às drogas.

Esse cenário demonstra que a implantação da política de redução de danos no Brasil é sem dúvida conflitiva. Ao debater o tema o próprio Estado expressa essa compreensão, através de reportagem do Senado que afirma: “Mesmo oficializada, a redução de danos está sem consenso no Brasil. Um dos maiores obstáculos à sua implantação é o entendimento de que ela incentivaria o consumo de drogas, com gastos desnecessários, quando o objetivo deveria ser desintoxicação total”. (SENADO. Em Discussão).

Tal cenário faz com que a política de redução de danos no Brasil, conforme foi formulada, receba críticas até mesmo dos atores que historicamente lutaram e são favoráveis a política de Redução de Danos, como é o caso da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), que se pronunciaram junto a subcomissão do Senado, afirmando que Centro de Atenção Psicossocial é impróprio para o trabalho dos médicos porque não têm estrutura que lhes permitam uma ação imediata, muitas vezes necessária no atendimento aos toxicodependentes, como nos casos de crises convulsivas e overdoses, por exemplo.

Em Pelotas segundo Decreto Nº 5.546, de 02 De Julho De 2012, que cria o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, o sistema único de saúde – sus,

está constituído por 51 unidades básicas de saúde (ubs), oito centros de atenção psicossocial (caps – seis caps ii, um ad e um infantil), três ambulatorios de saúde mental, um centro de atendimento à saúde do escolar (case), oficina de geração trabalho e renda – retrate, programa de redução de danos, programa dst/aids, um serviço de atendimento especializado (sae), três ambulatorios de clinica médica especializada,

quatro hospitais gerais e um hospital psiquiátrico. na atenção básica (ab) temos uma cobertura de 28,37% com equipes de estratégia de saúde da família (esf), das 51 ub's, 13 são da zona rural, destas seis com esf. serviços de alta e média complexidade segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. (Decreto Nº 5.546, de 02 De Julho De 2012- ANEXO)

## **5. A Política de Redução de Danos no município de Pelotas: um estudo de caso**

A implementação da política pública é o estágio do ciclo da política em que a proposta votada pelos tomadores de decisão passa a ser executada pela burocracia, ou ainda, transforma decisões políticas em ações concretas. Esse processo e seus resultados são modelados por fatores políticos relacionados à capacidade do Estado e à complexidade do subsistema, onde interagem atores, instituições e ideias. (Howlett et al.,2013)

Tendo em vista a capacidade institucional dos agentes implementadores, problemas de natureza política na implementação de programas e políticas, e por fim a resistência e boicotes realizados por grupos ou setores negativamente afetados pela política, muitas vezes até do próprio aparelho estatal esse estágio pode apresentar muitos problemas que comprometem a essência ou sucesso da política.

Dessa forma, o objetivo central deste trabalho está pautado na análise da consonância da Política de Redução de Danos com a sua implementação no município de Pelotas, RS, através do Programa “Crack; é possível vencer”.

Para alcançar esse objetivo, identificou-se a capacitação, concepção e conhecimento dos *policy makers* e *burocratas de rua* responsáveis pela execução da Política de Redução de Danos em Pelotas/RS, através do Programa “Crack; é possível vencer”. Bem como a capacidade e espaços de decisão disponíveis aos atores sociais envolvidos nessa política. E analisaram-se os recursos (tempo, materiais e recursos humanos) para colocar essas ações em prática no Centro de Redução de Danos e no Centro de Atenção Psicossocial- álcool e outras drogas de Pelotas, RS.

Para tanto, foram realizadas entrevistas junto a Policy-makers locais, identificadas como a Coordenadora de Saúde Mental, e a Coordenadora da Redução de Danos. Também se entrevistou 8 burocratas de rua (redutores de danos), pois dos 21 que compõe o programa, esses 8, faziam parte desde de 2011 quando o Programa Crack foi lançado, e também a Psicóloga que coordena o grupo de Redução de Danos no CAPS-AD. Além disso, utilizou-se de análise documental (leis, planos, programas). E, por fim, pesquisa bibliográfica para observar historicamente o conteúdo presente nas políticas públicas sobre drogas.

Segundo o site da Prefeitura de Pelotas, a cidade é a primeira do Brasil a ter implementado sete CAPS, e já foi premiada como referência nacional do modelo Psicossocial no âmbito do SUS. Tendo em vista que o objetivo do trabalho é analisar a implementação da política, de modo que seja possível levantar hipóteses para comparação, optou-se por um estudo de caso, uma vez que os resultados obtidos de modo geral no Brasil fogem da alçada desse trabalho.

Pelotas, que segundo o IBGE, está localizada na metade sul do Rio Grande do Sul, tem população de 328.275 habitantes. A cidade possui um IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,739. Considerado um IDHM alto, uma vez que, esse índice varia de 0 a 1 considerando indicadores de longevidade (saúde), renda e educação. Dessa forma, quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município.

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde instituído pelo Governo Federal, estipulou como municípios prioritários os 100 maiores do país, com população superior a 250.000 habitantes, e por conta disso, Pelotas é um dos municípios contemplados pelo PEAD, além de Palmas, por ser capital, e 7 (sete) municípios de fronteira, por possivelmente apresentarem fragilidades na rede assistencial e/ou problemas de maior magnitude, do ponto de vista epidemiológico. (PEAD/ 2009 -2010)

Segundo Al Alam et al. (2012), no que concerne a prática de ações de Redução de Danos no Brasil, a positiva avaliação das experiências realizadas em outros países com a estratégia de RD culminou na implementação do projeto em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Porto Alegre no ano de 1996. Em 1998, foi criado o projeto de São Leopoldo, em 1999 em Rio Grande e Santa Maria, e em 2000, a Lei nº 11.562 que regulamenta as ações de redução de danos no RS.

Ainda conforme o autor supracitado, em 2001 começou a se desenvolver ações do Programa de Redução de Danos em Pelotas, com a troca de seringas entre UDI. Com o passar do tempo, no ano de 2005, as ações do PRD evoluíram para contemplar a diversidade de demandas das pessoas acessadas, como a necessidade de documentação pessoal, respeito ao direito de cidadania, bem como outras questões sociais. Além do mais, foi estimulado consultorias e capacitação

pelo Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Estado (CRRD), que desde 2005 acompanha os PRD. E Até 2012, o PRD fazia parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde e estava vinculado à Gerência do Programa de DST/AIDS, sendo entendido e organizado dentro da perspectiva de Estratégia de Redução de Danos (ERD). Nessa época a pesquisa de Al Alam et all (2012) destacou algumas das dificuldades que os Agentes Redutores de Danos de Pelotas enfrentavam como a falta de suporte da rede serviços, o déficit de locais de tratamento, além dos riscos vividos em campo devido à ilegalidade do uso de droga e à falta de recursos.

Para verificar a consonância da implementação da Política de Redução de Danos em Pelotas através do Programa “Crack é possível vencer” destaca-se, conforme consta no capítulo 3, a diferença conceitual entre meta e estratégia<sup>7</sup>. Isso porque o foco na abordagem de redução de danos como estratégia traz como principal pilar, frente aos problemas relacionados ao uso de drogas, o princípio de que não é necessário haver uma imediata e obrigatória extinção do uso de drogas no âmbito da sociedade, mas que é necessário formular práticas que diminuam os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com quem convivem. Este objetivo vincula-se de forma direta a verificação da hipótese: 1) A eficiência na execução da Política de Redução de Danos em Pelotas tem encontrado limites na lógica manicomial e proibicista/proibicionista herdadas das políticas públicas anteriores no Brasil. Para verificação dessa hipótese foram questionados os burocratas de rua e o *policy maker* local por meio das questões (em apêndice B e C) relacionadas a capacitação, concepção das políticas sobre drogas, monitoramento e avaliação das ações, cujo conteúdo permite analisar a concepção e conhecimento da política e se tinham clareza sobre as ações que se vinculam a abordagem de redução de danos, e se a percebiam como estratégia ou meta.

A RD é uma política que surge, enquanto estratégia de saúde pública, visando controlar possíveis consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha, buscando inclusão social e

---

<sup>7</sup> A RD como meta geral está presente em todas as políticas de drogas que almejam reduzir danos associados ao consumo, o que inclui medidas repressivas, como a criminalização de determinadas substâncias psicoativas e do consumidor, entre outras. Assim, os programas de tratamento orientados somente para abstinência também almejam reduzir danos. Já como uma estratégia específica, a redução de danos se refere somente àquelas políticas e programas que têm por finalidade reduzir os males decorrentes do uso indevido de drogas, sem que a abstinência seja uma exigência.

cidadania para os usuários, em seus contextos de vida marginais, com um modo de atuar clínico e efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2004).

Foi possível perceber que tanto os burocratas de rua, quanto o *policy-maker* local, entendem a redução de danos enquanto estratégia e alguns deles atribuem o enfraquecimento da política por conta de um modelo que é pautado na abstinência, como ilustra essa fala de burocrata de rua: “Aqui em Pelotas tem uma boa resistência, nosso programa já tem mais de 15 anos, então ele nunca terminou, mas tem lugares que tá bem enfraquecido, por conta de muitas comunidades terapêuticas pregarem abstinência, talvez isso tenha reflexo na estratégia da redução de danos”. (BUROCRATA DE RUA 3, 2015)

Também traz ao debate um burocrata de rua sobre os conflitos de interesses que permeiam as políticas sobre drogas e elucida “toda política sobre drogas encontra resistência, bem como tudo que envolve a política sobre drogas”, e afirma “e os evangélicos, a bancada evangélica que muito breca, mas quanto ao Ministério da Saúde temos bastante apoio”. (BUROCRATA DE RUA 5, 2015)

Nesse sentido, Howlett et al. (2013) já aponta os níveis variáveis de apoio público a uma política também afetam a implementação. Muitas políticas experimentam um declínio no apoio depois que uma decisão política foi tomada, dando maior oportunidade aos administradores de mudar a intenção original de uma decisão.

E ainda outro burocrata de rua enfatiza sobre a relação entre a Política de Redução de Danos e a de Combate às Drogas:

A Redução de Danos vem pra dar mais certeza a importância do cuidado em liberdade do usuário de substância psicoativa, a saúde faz um movimento no sentido de modificar junto com outras frentes, porque acreditamos que não deve estar ligado à questão da criminalização dos usuários, nós somos contra a criminalização. A redução de danos tem todo um entendimento da questão que não tem que criminalizar o usuário, sabemos que isso gera muito mais problemas sociais e de violência. O fato das substâncias serem criminalizadas, acreditamos que elas deveriam ser regulamentadas. A redução de danos tem esse princípio, o direito do usuário de usar, assim como ele tem direito à informação e a fazer a sua escolha e não ser julgado nem criminalizado pela escolha do uso. (BUROCRATA DE RUA 7, 2015)

Essas falas apontam para compreensão dos burocratas de rua sobre o conteúdo da política pública e sua concepção. Mostra também, que há uma identificação ideológica dos entrevistados com a concepção da estratégia de RD, que se contrapõe a outras ações embutidas nas políticas públicas de drogas no Brasil.

Sobre a avaliação da Política de Redução de Danos no município, a Psicóloga coordenadora da Redução de Danos no CAPS-ad álcool e outras drogas, salienta que a Redução de Danos já teve mais atenção, pois essa anteriormente era vinculada a DST/AIDS, e hoje pertence à Saúde Mental, assim, com essa mudança, salienta ela:

Perdeu espaço, força e recursos financeiros, aqui em Pelotas o serviço ficou quase seis meses com um número mínimo de redutores, com muita dificuldade de dar conta do trabalho sem coordenação no serviço, tinha-se uma preocupação muito grande que fosse terminar e vimos em vários municípios a redução de danos terminar.

A avaliação da funcionária pública sobre o programa expressa de forma clara o conflito existente relativo a herança repressiva sobre o tratamento das doenças mentais e das questões relativas aos entorpecentes, pois enquanto esteve vinculada a temática de DST/AIDS a Redução de Danos possuía força ao se deslocar desse campo de atuação e se aproximar mais do campo da saúde mental perde força e é ameaçada na sua estrutura. Obviamente não é possível desvincular esse debate da atuação dos atores interesses envolvidos na manutenção ou extinção da política de redução de danos no Brasil.

Como salientado no capítulo 2 a entrada desse tema na agenda pública teve de percorrer um longo caminho marcado por resistência que envolveu uma multiplicidade de atores, entre eles os grupos vinculados ao combate à AIDS que demonstraram ter grande capacidade de organização e mobilização de recursos políticos no Brasil obtendo como resultado uma entrada rápida do tema na agenda governamental e políticas públicas com volumes consideráveis de recursos e implementação vista como um dos exemplos de sucesso no país. Já a política de Saúde Mental para prover sua reforma teve de travar uma transformação cultural no olhar sobre os direitos do doente mental no Brasil, que muitas vezes não eram vistos como cidadãos.

A capacidade de organização e pressão dos grupos de interesses e atores políticos envolvidos nessa causa, evidentemente, não obtiveram o mesmo sucesso e agilidade daqueles inseridos na promoção das políticas de combate a DST/AIDS. Uma explicação possível para essa situação vincula-se a classe social da maioria dos atingidos pelos respectivos problemas, pois enquanto a DST/AIDS ganha relevância a partir de uma atuação nacional e internacional de atores pertencentes a classe média e alta do país, os movimentos e atores vinculados a reforma psiquiátrica, apesar da atuação das categorias médicas, estiveram vinculadas aos movimentos populares que deram origem ao SUS. O próprio combate ao Crack só se torna efetivo quando sua incidência sai das classes populares e passa a perpassar as diversas classes sociais. Porém, essa hipótese necessita ser testada, não sendo este trabalho o espaço para isso.

Dessa forma, é importante refletir, quanto às comunidades terapêuticas. Em entrevista ao Centro Regional de Referência para Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas da Paraíba, a Professora Beatriz Franchini (2011) criticou esse eixo do plano Crack, afirma ela:

Vai financiar as comunidades terapêuticas que foi um dispositivo fortemente rechaçado na conferência de saúde mental. Pensando dessa maneira, o país inteiro recusou essa modalidade de tratamento e agora o governo vai financiá-la, isso para nós da saúde é um retrocesso que está embasado em influências político-partidárias que estão forçando o financiamento desses dispositivos com recursos públicos (FRANCHINI, 2001).

Nesse sentido, é possível observar que mesmo imbuídos da concepção de RD como se verifica nas falas dos burocratas de rua, que a redução é entendida e dá subsídio a prática enquanto estratégia de abordagem, o Programa “Crack, é possível Vencer”, que veio para fortalecer os serviços de atenção ao usuário de drogas, traz o conflito inerente à política. A concepção incutida nos burocratas de nível de rua se confronta com concepções propagadas por *policy makers* hierarquicamente superiores e responsáveis pelo *design* da política pública, que atende grupos de pressão específicos, como grupos religiosos, e empreendedores sociais, ao privilegiar as comunidades terapêuticas e ampliação de leitos no SUS.



A responsabilidade de escolher qual a concepção que vai adotar é, neste caso, do burocrata do nível de rua que usa do seu poder de discricionariedade para valorizar a estratégia de Redução de Danos. Contudo, é possível que em outras situações e/ou lugares o burocrata de nível de rua aceite e incentive a lógica manicomial e proibicista/proibicionista herdadas das políticas públicas anteriores no Brasil, encaminhando ou orientando aqueles que procuram os CAPS para as comunidades terapêuticas ou aconselhando as famílias a buscarem as internações hospitalares.

Dessa maneira, é possível constatar que a hipótese de que as lógicas manicomial e proibicionista ainda estão presentes nas ações de saúde atenção ao usuário de drogas se confirma na formulação da política, mas não se verifica na implementação dos burocratas de rua em Pelotas devido à concordância desses com os valores implícitos na política pública de Redução de Danos.

A perseguição do objetivo secundário de identificar a capacitação dos *policy makers* e dos “burocratas de rua” e os espaços de decisão disponíveis aos responsáveis pela execução da Política de Redução de Danos em Pelotas/RS, através do Programa “Crack, É possível vencer”; vincula-se a hipótese levantada de que a eficácia na execução da Política de Redução de Danos em Pelotas tem encontrado limites na falta de autonomia para reformulação da política pública pelos *policy makers* locais. A verificação da hipótese deu-se através da indagação relacionada à criação do CAPS-AD 3 e a capacitação dos burocratas de rua, feita a *policy-makers* local, e também sobre os espaços de decisão nas questões referentes a avaliação, monitoramento e autonomia no planejamento das ações pelos burocratas de rua com relação à política.

Para melhor analisar este ponto é importante ter claro que a Política de Redução de Danos oportunizou criar a categoria profissional “Redutor de Danos”, aqui entendidos como burocratas de rua, que são na sua maioria de nível médio de escolaridade e atuam em locais onde usuários de drogas vivem e convivem, assistindo-os pela promoção da saúde com acolhimento, construção de vínculos e norteamentos terapêuticos focados no sujeito. (PACHECO, 2013)

Esses, por sua vez, são também público-alvo do Programa Crack, já que um dos objetivos desse Programa é investir na capacitação permanente dos profissionais das redes públicas de saúde e assistência social, da segurança

pública, do Poder Judiciário e do Ministério Público, com a implantação de Centros Regionais de Referência (CRR) em instituições públicas de ensino superior. No Rio Grande do Sul, cinco CRRs foram implantados nas Universidades Federais do Rio Grande do Sul, de Santa Maria, da Fronteira Sul, do Rio Grande e de Pelotas.

De acordo com o site Pelotas 13 horas o Centro Regional de Referência para Formação de Profissionais sobre Crack e outras drogas, coordenado pela Professora Beatriz Franchini, da Faculdade de Enfermagem da UFPel, ofertou durante 2011 e 2012 cursos de Formação para profissionais da Rede SUS e SUAS de Pelotas e Região, sendo que a atividade formou quase 300 profissionais de Pelotas e de outros 11 municípios da região, através de financiamento pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). A UFPel foi uma das 49 instituições federais de Ensino Superior de todo o País que implantantou os Centros, com o objetivo de oferecer aos profissionais da rede básica de saúde um novo enfoque sobre a dependência do crack, capacitando-os a cuidar de usuários da droga e de seus familiares.

No que concerne à capacitação, um dos redutores de danos, informa que acontece semanalmente, antes de começar a reunião, chamada de educação continuada, conta ele, “nós sempre fazemos sobre algum tema, nos reunimos e fazemos um planejamento de temas que gostaríamos de falar, como assistencialismo, álcool, população carcerária, população de rua, DST/AIDS, tuberculose” e finaliza “então a redução de danos de Pelotas é um espaço de aprendizado muito grande”. (BUROCRATA DE RUA 3, 2015)

A fala emblemática do pesquisado demonstra alguns pontos que coadunam com as teorias de implementação, pois ao escolher os temas para capacitação é possível identificar um elemento de planejamento sendo realizado na etapa de implementação, reforçando a ideia constante de Howlett et all (2013) de que o ciclo não é estanque, mas dinâmico e que se interpenetra. Outro ponto a ser salientado é que por a escolha sobre o tema da capacitação ser feita pelos próprios burocratas de rua é possível identificar uma tentativa de implementação de tipo *bottom up* no nível local da política, o que remete a certo grau de autonomia desses agentes públicos, mesmo que o *design* tenha sido de tipo *top down* realizado pelo governo federal.

Ainda no tocante a eficácia da política é preciso pensar em relação a estruturação do CAPs-ad 3, previsto no Programa “Crack, é possível vencer”, a Coordenadora de Saúde Mental enfatiza a dificuldade que é manter uma equipe 24h, uma vez que, esse CAPs foi o primeiro sistema do município que implantou a carga horária total da prefeitura, ou seja, “a prefeitura trabalhava num outro regime então é exigida o cumprimento da carga horária pra que a gente possa manter”.

Uma das maiores dificuldade para suportar a política pública é segundo a *policy maker* local a falta de uma estrutura institucional referente aos recursos humanos, e evidencia:

As pessoas têm que trabalhar sábado e domingo à noite, e isso é difícil, fazer esse rodízio. A qualificação, sabemos que há necessidade e tem sido feita pela própria equipe, mas o município não executa um contrato do município, talvez se executasse fosse mais tranquilo, é muito difícil manter essa equipe sim, são quase 60 profissionais de nível médio e superior.

Para a Coordenadora, a dificuldade em qualificar a equipe reside na questão contratual. Os agentes redutores de danos entram por meio de seleção pública com validade de um ano, prorrogável por mais um, a estabilidade não é a mesma de um funcionário público. E ainda destaca:

Esse servidor público faz um concurso geral pra saúde mental, então ele fez por que gostaria de trabalhar na UBS e acaba sendo lotado no CAPS-ad, que é uma peculiaridade. Assim, por vezes esse profissional é inadequado e nós temos que remanejá-lo e capacitá-lo novamente.

Nesse sentido, uma política a longo prazo é prejudicada pela incerteza da manutenção permanente de um Programa pelo Estado. Como reforça Howlett e.t. al (2013, p. 180):

A implementação executada por órgãos públicos é, com frequência, um esforço de muitos anos o que significa dizer que o financiamento contínuo de programas e projetos, na maior parte, não é permanente nem garantido, mas, pelo contrário, exige negociação e discussões contínuas tanto no interior como entre as divisões políticas e administrativas do Estado.

Vinculado, ainda, a percepção da eficácia da implementação nota-se nas falas dos burocratas que há um empenho da gestão municipal, bem como dos burocratas, para com a Política de Redução de Danos mesmo frente às dificuldades associadas principalmente a recursos desde que o Programa desvinculou-se da DST/AIDS, como ilustra a fala da Coordenadora da redução de danos:

Acho que Pelotas tá bem à frente, pois agora nós conseguimos contratar uma equipe bem grande de redutores de danos, e já faz um tempo que estamos conseguindo manter uma equipe grande, embora o contrato ainda seja precarizado, mas isso é próprio do sistema. Ainda assim, acredito que temos um avanço nesse sentido, pois conseguimos manter um profissional, o agente redutor de danos, que é um profissional específico pra trabalhar o cuidado, a informação, orientação sem preconceitos, sobretudo com a população de rua.

Com relação à autonomia do município para o planejamento do programa, a Coordenadora de Saúde Mental salienta que “existe a autonomia para o planejamento e metas”. No que se referem ao planejamento das ações da Redução de Danos, todos os 8 redutores entrevistados relataram ter autonomia e participação nessa etapa do trabalho, conforme corrobora um redutor:

Nosso planejamento de ação vem do mapeamento que fazemos em cada bairro, porque cada local tem uma dinâmica diferente. Assim, no momento que estamos abrindo campo novo (bairro novo), observamos o horário de movimentação, quais as funções ali, se existe tráfico de drogas e se têm uso abusivo. A partir daí discutimos em reunião e criamos um planejamento pra ele.” (BUROCRATA DE RUA 6, 2015)

A autonomia é trabalhada por Lipsky (1980) como um poder discricionário. Pois, a atuação da burocracia nas linhas de frente do Estado ocupam, muitas vezes, uma posição de decisão em última instância na implementação de políticas públicas, ou seja, possuem relativo poder discricionário dentro das agências públicas. E postula:

A discricionariedade dos burocratas nas linhas de frente do Estado está em poder determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios ou sanções planejadas por suas organizações estatais. Um dos motivos para que estes agentes exerçam considerável poder discricionário é que, muitas vezes, são submetidos a demandas institucionais extremamente contraditórias e volumosas, não passivas de serem programatizadas. Seu poder de agir seletivamente e criar critérios de prioridades sobre “quem” e “como” recebe os benefícios ou sanções do Poder Público é essencial para a transformação desses objetivos institucionais em trabalho prático e diário.

Essa característica é de grande relevância, num certo sentido, porque abre possibilidade para que suas ações possam ser rebatidas e discutidas pelos cidadãos. A percepção do público acerca do trabalho desses profissionais os leva a crer que as decisões que tomam não são totalmente definitivas, enxergam no papel individual deste burocrata uma possibilidade para fazerem as regras um pouco mais flexíveis (LIPSKY, 1980).

E ainda, enfatiza que a discricionariedade dos implementadores é inevitável e pode ser desejável, já que esses atores detêm conhecimento das situações locais e podem adaptar o plano a elas, tais ajustes podem ser possíveis fontes de inovação, dependente, no entanto, das capacidades do Estado. O autor define ainda as burocracias de nível de rua (*street-level bureaucracy*) como as agências nas quais os trabalhadores interagem diretamente com cidadãos no curso de suas tarefas e que têm substancial discricionariedade na execução de seu trabalho. Por conseguinte, as decisões tomadas pelos burocratas de nível de rua, as rotinas que estabelecem e os dispositivos que criam para lidar com as incertezas e pressões do trabalho efetivamente *tornam-se* as políticas públicas que implementam. (LIPSKY, 1980)

Em decorrência do exposto até o momento, a segunda hipótese não se confirma, pois embora os burocratas encontrem limites na escassez de recursos e na inconstância da política, com relação à autonomia, ao criarem estratégias alternativas para organizar as ações e sanar as demandas se observa maior liberdade dos burocratas e atores em auto-organizar e modelar a implementação de políticas públicas, sendo entendido assim em um modelo botton-up (de baixo pra cima).

Ao analisar os recursos (tempo, materiais e recursos humanos) para colocar essas ações em prática o plano de ação (fragilidades e pontos fortes) na execução do Programa “Crack; é possível vencer”, que estão sendo implementados no Centro de Redução de Danos e no Centro de Atenção Psicossocial- álcool e outras drogas de Pelotas, RS, a partir das questões que versaram sobre a temática do protocolo de atendimento, consultório de rua, avaliação sobre a estrutura da RD no município e a capacitação. Vincula-se a hipótese levantada de que existe um compromisso para com a implementação do Programa “Crack; é possível vencer” no município em decorrência da falta de capacidade institucional dos agentes implementadores, observando as questões sobre a percepção dos entrevistados da possível epidemia do crack, a criação do Comitê Local Gestor, a autonomia do município para traçar o plano de ação local e avaliação da política de redução de danos.

Como visto, nos trechos acima o primeiro problema relativo aos recursos foi identificado na fala da *policy maker* local, supracitada, quando se refere à estrutura institucional vinculada a recursos humanos, principalmente, a instabilidade dos contratados como redutores de danos que sofrem mudanças constantes, e a não existência de concurso específico para atuação no CAPS- AD.

Conforme o site da Prefeitura de Pelotas, no dia 13 de março de 2013, foi assinado pelo então prefeito Eduardo Leite o DECRETO Nº 5.636 municipal que determina a criação do Comitê Local de Gestão do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, possibilitando assim a adesão do Município de Pelotas ao Programa do Governo Federal “Crack, é possível vencer”. Este comitê seria responsável pelo planejamento, acompanhamento e monitoramento das ações do programa no município tem a participação da Secretaria de Saúde (SMS), Secretaria de Educação e Desporto (Smed), Secretaria de Justiça Social e Segurança (SJSS) e

Gabinete do Prefeito. Conforme consta no DECRETO Nº 7.179/2010 que institui o Plano:

No termo de adesão os entes federados se comprometerão a estruturar instâncias estaduais de articulação federativa com Municípios e instâncias locais de gestão e acompanhamento da execução do Plano, assegurada, no mínimo, a participação dos órgãos responsáveis pelas áreas de saúde, assistência social, educação e segurança pública.

Segundo a Coordenadora de Saúde Mental do município, esse comitê foi criado, e se reuniu algumas vezes, porém no momento não vem se reunindo, e salientou que embora outras áreas façam parte desse comitê como a justiça social, a educação, e a segurança pública há uma dificuldade em fazer essa integração, pois enfatiza ela, “parece que a área da saúde é a que mais tem propriedade sobre o assunto da temática do crack e acaba que os outros grupos ficam aguardando para que a saúde faça as reuniões”, e acrescentou “nós não fizemos nenhuma reunião ainda recentemente sobre o comitê gestor, falamos informalmente com a guarda municipal.”

Dos 8 redutores de danos entrevistados, 7 deles disseram não ter tido contato e nem conhecimento sobre esse comitê gestor. A psicóloga coordenadora do grupo de redução de danos do CAPS-AD, que integrou o primeiro comitê gestor contou que foi preciso fazer esse grupo gestor que fez um diagnóstico do município e o planejamento do programa, mas disse não saber se ele está em funcionamento hoje. Disso se conclui que a intra-setorialidade e intersetorialidade prevista na política encontram-se comprometida.

Apesar da afirmação anterior, da Coordenadora de Saúde Mental, de que há autonomia do município para o planejamento do programa a autonomia do município para o planejamento do programa, a Coordenadora de Saúde Mental salienta que existe a autonomia para o planejamento e metas. No entanto, a autonomia esbarra nos recursos, criando uma dificuldade de operacionalizar o

programa, pois foram recebidos alguns incentivos desde que o município aderiu ao programa, mas, por exemplo, conta ela:

O ônibus da guarda foi entregue, porém veio sem os documentos o que o impede de circular e ainda estão faltando 300 câmeras. Já na parte da saúde foram atendidas as metas como, uma unidade de acolhimento infanto-juvenil, o CAPS-ad 3 que funciona 24h, e o consultório de rua que ainda necessita da verba do Estado e veículo e uma unidade de acolhimento adulto que está sendo projetada.

Questionados sobre os recursos disponíveis para desempenharem suas atividades, todos os burocratas salientaram a necessidade do transporte que é fundamental no trabalho de campo, principalmente à noite, pois fica mais fácil encontrar os usuários pra fazer a abordagem de rua, relataram ainda que o carro está disponível, porém não há motorista para exercer a função, como explicita o burocrata:

Nosso transporte é o que mais encontramos dificuldade, pra fazer campo à noite e também quando encontramos um usuário que está passando mal em casa e mora sozinho, um alcoolista, por exemplo, aí a pessoa está bem debilitada, e precisamos de um veículo pra transporta lá até uma unidade básica de saúde ou ao um Caps. (BUROCRATA DE RUA 8, 2015)

Como uma alternativa a essa defasagem para locomoção, os burocratas de rua, juntamente a *Polyce-makers* local, separam os 21 redutores de danos em composições de 2 pessoas, por bairro, levando em consideração o local onde residem para facilitar o acesso do trabalhador nos locais de atividade. Desse modo, observa-se a política muda à medida que é executada, a implementação é percebida como um processo interativo de formulação, implementação e reformulação (MAZMANIAN & SABATIER, 1983).



Essa dificuldade relacionada aos recursos é levantada pelo médico Ricardo Paiva, em entrevista à Revista de Audiências Públicas do Senado Federal, sobre o Programa Crack, referindo-se à responsabilidade transferida às prefeituras para execução da maioria das ações, como elaborar projetos, pleitear recursos, implementar e gerir o plano, estruturas de saúde e de assistência social, ele salienta “esperávamos que o plano tivesse, ao mesmo tempo, ações nas áreas sociais, de saúde e policial, e não um pacote pulverizado, que prevê que os municípios busquem os seus convênios”.

No que se refere a etapa da avaliação política pública, de acordo com a Coordenadora de Saúde Mental, não há avaliação ou monitoramento desse programa, em nível local, que seria de responsabilidade do comitê gestor, mas é feita uma prestação de contas ao Governo Federal por meio de relatórios semanais às segundas-feiras, documentos eletrônicos que são alimentados pela Coordenação de Saúde Mental.

Desse modo, se confirma a hipótese de que há um compromisso para com a implementação do Programa “Crack; é possível vencer” no município em decorrência da falta de capacidade institucional dos agentes implementadores, mas salienta-se que essa incapacidade está é decorrente de falhas no processo de planejamento e design da política pública que não são de responsabilidade dos burocratas de nível de rua.

## **6. Considerações Finais**

O resgate histórico das ações em saúde, bem como a constituição da política pública de saúde brasileira, conhecida como Sistema Único de Saúde, mostrou que a mudança do modelo de saúde, que passou a portar um conteúdo de orientação democrática possibilitou a entrada da redução de danos na agenda pública, como uma nova abordagem tratativa ao usuário de álcool e outras drogas. Em contrapartida, observou-se o estágio da formulação das Políticas sobre drogas no Brasil, pois é nelas que encontra-se as diretrizes para a implementação da Política de Redução de Danos.

Em resposta à possível epidemia do crack no país, o Programa do Governo Federal “Crack, é possível vencer”, não trouxe muitas inovações no que tange as estratégias de abordagem aos usuários de drogas, inclusive vem sendo questionado por atores/grupos ligados ao movimento da reforma psiquiátrica/ sanitária, pois retrocede à medida que tem ações voltadas para o proibicismo e práticas higienistas, como a internação compulsória. Além disso, situam as comunidades terapêuticas (filantrópico-privadas) como serviço complementar do SUS, mesmo não havendo comprovação de procedimentos éticos e de cunho científico nesses locais, ou seja, serviço que porta uma concepção ideológica diferente do SUS.

Desse modo, conclui-se que mesmo havendo um subsistema mais competitivo, a frente conservadora atrelada à ideia de pânico moral que envolve o uso do crack e fortalece o discurso de epidemia levando a conclusão de que é um mal que deve ser combatido pelo Estado, o tema entra na agenda pública. Contudo, sem ideias inovadoras, apenas promovendo variações contestadas sobre o status quo, portanto, a formulação do Programa encontra-se em descompasso da Política de Redução de Danos, que porta novas ideias na proposição de ações à atenção ao usuário de substância psicoativa.

A política de redução de danos, enfrenta problemas em sua implementação em decorrência de vários fatores como o modelo privatista de saúde que visa o lucro através da medicalização e das internações hospitalares ou em comunidades terapêuticas. A contradição com a política de segurança com ênfase na criminalização, as consequências do recente processo de descentralização das políticas públicas no Brasil que transfere a execução das políticas para os municípios que não contam com infra-estrutura e mão-deobra especializada para

bom funcionamento de programas de redução de danos, e a falta de uma cultura de investimento a longo prazo.

As hipóteses levantadas nesse trabalho se estruturaram em torno de três temas que poderiam comprometer a política pública em sua fase de implementação, e por isso balizaram a averiguação junto aos burocratas de rua e *policy-maker* locais, sendo elas, a apreensão das concepções contidas na política pública, a existência de autonomia dos implementadores locais e a eficácia da implementação.

A circunscrição ao “Programa Crack é Possível Vencer” no município de Pelotas permitiu discutir a ambiguidade presente nas políticas públicas de tratamento aos usuários de drogas, uma vez, que em sua formulação está prevista medidas que caracterizam a estratégia de Redução de Danos e que caracterizam as práticas proibicionistas e manicomiais herdadas de modelos anteriores de políticas públicas. Assim, a etapa de implementação deste programa é vista como crucial para definição de qual concepção está caracterizando a política pública de tratamento aos usuários de drogas.

Os resultados encontrados apontam para a adesão dos *policy-makers* locais e dos burocratas de rua aos princípios e valores incutidos na política de redução de danos, o que lhes permite identificar a contradição da opção manicomial e de internação hospitalar, além da disputa em torno de todas as políticas públicas, portanto da ameaça se manutenção do Programa quando esse sai da alçada de ação vinculada a DST/AIDS e passa a ser compreendido como uma ação de saúde mental. Isso permite concluir que a implementação do Programa “Crack é Possível Vencer”, em Pelotas, está em consonância com a política de Redução de Danos.

Entretanto, é possível afirmar quanto ao estágio da implementação da política de redução de danos, que o sucesso da implementação decorre da clareza dos objetivos, por parte dos burocratas de rua, e comprometimento com os ideais contidos na política, uma vez que é possível verificar o compromisso com a eficiência na execução da Política de Redução de Danos em Pelotas, quando recursos destinados ao Programa “Crack é Possível Vencer” voltam-se, principalmente para investimentos em câmara de vigilância e carros de polícia, o que caracteriza limites advindos da lógica manicomial e proibicista/proibicionista herdadas das políticas públicas anteriores no Brasil.

Nesse sentido, identificar a capacitação e os espaços de decisão disponíveis para os *policy-makers* (tomadores de decisões) e, principalmente, pelos chamados “burocratas de rua”, responsáveis pela execução da Política de Redução de Danos em Pelotas/RS, foi fundamental para verificar a eficácia na execução da Política de Redução de Danos em Pelotas. Permitindo afirmar que a capacitação é o grande diferencial dos profissionais que atuam na implementação da política, pois permite a clareza dos objetivos e consonância com seus princípios, fazendo com que utilizem seu poder discricionário no sentido de reforçar e superar as dificuldades ou fragilidades apresentadas pela política pública, como o recrutamento de profissionais de saúde em um banco geral e a precariedade dos contratos de redutores de danos.

Os espaços de decisão que permitem a autonomia desses decisores locais, também, é outro fator que se destaca como ponto forte, que permite o replanejamento da política pública, através da avaliação das fragilidades na formação e escolhas de temas a serem reforçados, e planejamento de planos de ação para superar limites impostos pela precariedade infraestrutural, como é o caso da atuação dos redutores de danos por bairros em que residem visando minimizar as perdas provocadas pela falta de transporte próprio. O que leva a refutação da segunda hipótese deste trabalho.

Outra hipótese apresentada foi de que existiria um compromisso para com a implementação do Programa “Crack; é possível vencer” no município em decorrência da falta de capacidade institucional dos agentes implementadores. A confirmação desta hipótese pode ser verificada através do quase encerramento do programa por falta de redutores de dano, problema crucial que ressalta a fragilidade das regras que limitam a contratação desses profissionais há no máximo dois anos. A verificação da inexistência de um Comitê Gestor que compromete a intra e intersectorialidade, além da gestão de recursos. A ausência de combustível para transporte e, particularmente, de consultório itinerante que limita o alcance da ação dessa política através dos redutores de danos ou burocratas de rua.

Para finalizar, chama atenção à responsabilidade que o poder de discricionariedade dos burocratas de rua tem sobre o sucesso ou fracasso da política pública de redução de danos. A confusão existente na formulação do Programa “Crack é Possível Vencer”, que conjuga princípios contraditórios, aliada a

falta de monitoramento da política, faz com que o poder de discricionariedade do burocrata de rua seja muito ampliado na implementação da política, limitando em demasia o controle do planejamento para produção de eficiência e eficácia da política pública de redução de danos.

## Referências bibliográficas

ACURCIO, F. A., SANTOS, M. A., FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

AL ALLAM, Maria. *et al.* Relato de experiência do Programa de Redução de Danos de Pelotas/RS. **Revista J Nurs Health** [da] Universidade Federal de Pelotas, 2012.

ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. São Paulo: FAPESP, 2000.

BAQUERO, Marcello. Construindo uma outra sociedade no Brasil: o papel social na estruturação de uma cultura participativa. **Revista Sociologia e Política**. Curitiba, nº 21, p. 83-108, nov, 2003.

BAQUERO, Marcello. Cultura Política Participativa e Desconsolidação Democrática: Reflexões Sobre O Brasil Contemporâneo. In: **São Paulo em Perspectiva**. Vol. 15, Nº. 4, p. 98-104, 2001.

BASTOS, Francisco I. Singular e plural: como se conjuga o verbo prevenir? In MESQUITA, F.; BASTOS, Francisco. I. **Drogas e Aids estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

BAUMGARTNER, Frank R., JONES, Bryan D. Agenda. Dynamics and Policy Subsystems. In **Journal of Politics**, v. 53, nº 4, 1991.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BEZERRA Jr., Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. IN: Guimarães e Tavares (orgs.), **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Cartilha “Crack, é possível vencer”**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/329887.pdf>. Acesso em março de 2014.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Políticas sobre Drogas**. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BCD569DD3-197E-4A44-A9C1-5A3E8C00DEAD%7D&Team=&params=itemID=%7B3A900C31-B07E-4DD7-9C66-C51A27B176DA%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>> Acesso em junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, 2005.

BRASIL, Observatório Crack, é possível vencer. **Ações por município**: Pelotas, RS. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em junho de 2014.

BRASIL, Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. MS, Brasília, 2001. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf). Acesso em abril de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Série B, Textos Básicos de Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de Álcool outras Drogas**. Brasília, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em abril de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em de setembro de 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza *et. al.* **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMPOS, Francisco E., OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart, TONON, Lidia M. **Cadernos de Saúde: Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz , 2007.

CEFOR. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo, s.d. (mimeo)

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.

COSTA, Mônica Rodrigues. A Trajetória das lutas pela reforma sanitária. In: **Sociedade em Debate**. Pelotas, 13 (2): 85-107, jul.-dez./2007. Disponível em: <[file:///C:/Users/val%C3%A9ria/Desktop/402-1485-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/val%C3%A9ria/Desktop/402-1485-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em setembro de 2013.

CUNHA, J. P. P., CUNHA, Rosane R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, Francisco Eduardo de, TONON, Lidia Maria, OLIVEIRA JUNIOR, Mozart de. **Cadernos de Saúde Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, p.11-26, 1998.

COELHO, Maria Thereza A. D.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando *Canguilhem*. IN: **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

DOMANICO, Andrea. Craqueiros e Cracados: **Bem vindo ao mundo dos nóias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil**. (Tese de doutorado) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FLEURY, Sonia. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemes Editorial, 1997.

FONSÊCA, Cícero José Barbosa. **Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética**. Revista Psicologia & Saberes [da] Universidade Católica de Pernambuco, 1(1), pp. 11-36, 2012.

FONSECA, Elize M; BASTOS, Francisco I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: uma comparação das experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad, G. (Org.). **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. 2ª ed. p. 289-310. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FRANCHINI, Beatriz. **Entrevista ao Centro Regional de Referência para a Formação Permanente dos Profissionais da Rede de Atenção aos Usuários de Crack e outras Drogas do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB)**. João Pessoa, 2011.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual E Reflexões Referentes à Prática Da Análise De Políticas Públicas No Brasil. IN: **Planejamento e Políticas Públicas**. Nº 21, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>. Acesso em novembro de 2015.

GERSCHMAN, Silvia. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares**. Cad. Saúde Pública. 20(6): 1670 – 1681, 2004.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Tradução técnica Francisco G. Haidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INGLEHART, Ronald. HUNTINGSTON, Samuel. **A cultura importa**. Rio de Janeiro: Ed. Record.



LABRA, M. & FIGUEIREDO, O, I. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos Conselhos de Saúde. Revista **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547. Rio de Janeiro, 2002.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Políticas Públicas para o Álcool**. São Paulo: Roca, 2004

LASWELL, Harold. **Quem, ganha o que, quando, como?** Editora da Universidade de Brasília. Brasília: Coleção Política 64, 1984.

LIMA, Rita de C; TAVARES, Priscila. **Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo**. Argumentum, v. 4, n.2, p. 6-23, jul./dez. Espírito Santo: Vitória, 2012.

LIPSKY, Michael. **Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services**. Russell Sage Foundation, New York, 1980.

LIPSKY, Michael. **Toward a Theory of Street-level Bureaucracy, paper was prepared for presentation at the 1969 Annual Meeting of the American Political Science Association**. New York, September 2-6, 1969. Disponível em: <[http://www.historyofsocialwork.org/1969\\_Lipky/1969,%20Lipky,%20toward%20a%20theory%20of%20street%20level%20bureaucracy%20OCR%20C.pdf](http://www.historyofsocialwork.org/1969_Lipky/1969,%20Lipky,%20toward%20a%20theory%20of%20street%20level%20bureaucracy%20OCR%20C.pdf)>. Acesso em 29 de out. de 2015.

LISBOA, Marcia. **A Redução de Danos no Brasil**. Fundação Oswaldo Cruz. 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/jovem/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=226&sid=14>. Acesso em outubro de 2013.

MACHADO, Ana R. **O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. 152 f. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais: Belo Horizonte, 2006.

MAZMANIAN , Daniel A, SABATIER , Paul A. **Implementation and Public Policy**. Vol. 17. p. 95-97, 1983.

PASSOS, Eduardo H. & SOUZA, Tadeu P. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas"**. Psicologia & Sociedade, 23(1), 154-162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf> Acesso em junho de 2015.

PELOTAS. **Pelotas passa a integrar o programa "Crack, é possível vencer**. Disponível em: <http://www.pelotas.rs.gov.br/noticias/detalhe.php?controle=MjAxMy0wMy0xMw==&codnoticia=33713>. Acesso em: agosto de 2015

PELOTAS. Decreto Nº 5.636. de 13 de março de 2013. Disponível em: <[http://www.pelotas.rs.gov.br/interesse\\_legislacao/decretos/2013/DECRETO5636.pdf](http://www.pelotas.rs.gov.br/interesse_legislacao/decretos/2013/DECRETO5636.pdf)> Acesso em: setembro de 2014.

PULCHERIO, G. STOLF, A. R. PETTENON, M. PULCHERIO, D. FENSTERSEIFER, F. K. "Crack – da pedra ao tratamento". **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (3): 337-343, jul.-set. 2010. Disponível em: [http://www.amrigs.com.br/revista/54-03/018-610\\_crack\\_NOVO.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf). Acesso 04.2014 as 23h.

REIS, Leonardo Silva. **Políticas Públicas sob a ótica do Novo Gestor: O Public Policy-Cycle de Howlett e Ramesh como estratégia para ação do Estado**. Portal Jurídico Investidura, Florianópolis/SC, 21 Set. 2010. Disponível em: [www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/politica/169814](http://www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/politica/169814). Acesso em: 29 Set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2011**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2ª\\_Edixio\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2ª_Edixio_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf). Acesso em janeiro de 2015.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Folha Explica: Políticas Públicas**. 1ª Ed. 2010. 2ª reimpressão, 2011.

SAAD, Luísa Gonçalves. **"Fumo de negro": a criminalização da maconha no Brasil (1890-1932)**. Universidade Federal da Bahia. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13691> Acesso em: março de 2014.

SANTOS Jessica A. T.; OLIVEIRA Magda L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Revista J Nurs Health**. Rio Grande do Sul: Pelotas, jan/jun;1(2):82-93, 2012

SENADO FEDERAL. **Plano de Enfrentamento ao Crack tem orçamento modesto. Revista de audiências públicas**: Em discussão. Nº 8. Ago, 2011. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/plano-de-enfrentamento-ao-crack-tem-orcamento-modesto.aspx>. Acesso em maio de 2015.

SILVA, Pedro Luiz e MELO, Marcus A. B. de. O processo de implementação de Políticas Públicas no Brasil: considerações e determinantes da avaliação de programas e projetos. In: **Cadernos de Pesquisa Nº 48**. Campinas: NEEP-UNICAMP. 2000. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/d.php?f=42> Acesso em: agosto de 2014.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas uma Revisão da literatura. In: **Sociologias**, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/socn16a03n16.pdf>. Acesso em out. de 2013.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TATAGIBA, Luciana. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: AVRITZER, L. (org.). **A participação em São Paulo**. São Paulo: UNESP, 2004.

TENÓRIO, Fernando. Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, Jan.-Apr. 2002.

UNODOC. **Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras drogas ganha leitos para atender usuários**. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. 2010. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2010/09/22-plano-nacional-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas-ganha-leitos-para-atender-usuarios.html>

WEBER, Max. Burocracia, IN C. Wright-Mills e H. Gerth (eds.), **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro, LTC, p. 138-170, 2002.

YUNES, João. **O SUS na lógica da descentralização**. Dossiê Saúde Pública. Estud. av. vol.13 nº 35. São Paulo Jan./Apr, 1999.

## Apêndices

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPEL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada**: A política de Redução de Danos: o Programa “Crack, é possível vencer” no município de Pelotas, RS. Tem como **objetivo**: Analisar a consonância da Política de Redução de Danos com a sua implementação no município de Pelotas, RS, através do Programa “Crack; é possível vencer.” Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, e se caracteriza como um estudo de caso.

A pesquisa terá duração de 6 meses, com o término previsto para fevereiro de 2015.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados unicamente para fins acadêmicos e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista gravada.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área da Ciência Política e contribuir com o aperfeiçoamento da política pública.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

PATRICIA CHAVES DA CUNHA  
Nome do Orientador  
UFPEL  
e-mail: patchavescunha@gmail.com

VALÉRIA TATSCH  
Nome do Orientando  
Mestranda  
e-mail: valeriatatsch@hotmail.com

Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação- UFPEL: fone: (53) 39211413

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

## Apêndice B - Roteiro de entrevista *polyce makers*

- 1 Pelotas é um dos municípios de que desde 2013 passou a integrar o programa do governo federal Crack é possível vencer. Qual foi a participação ou o papel da Secretaria de Saúde para firmar essa colaboração?
- 2 Vocês consideram que a questão do crack pode ser considerada uma epidemia em Pelotas? Por que?
- 3 A questão da drogadição teve várias formas de combate no Brasil, mais recentemente vem sendo vista como uma questão de saúde e a política de redução de danos passa a conviver com as políticas de combate tradicionais. Há alguma dificuldade para trabalhar com essas duas matrizes dentro do Estado ou há uma complementação entre elas?
- 4 Como você avalia as políticas de redução de danos no Brasil, e em particular em Pelotas?
- 5 Para compor o Programa Crack é possível vencer foi necessária à criação do Comitê Local de Gestão do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. Qual o papel deste Comitê e de que forma a Secretaria de Saúde tem trabalhado com ele?
- 6 Falando no planejamento da política, qual o grau de autonomia do município em relação ao Programa na cidade de Pelotas? Há um planejamento específico; tem estabelecimento de metas próprias?
- 7 Aderir ao Programa permitiu conseguir recursos para criação de um CAPS AD3, sendo uma referência para toda a região. Como foi montar a equipe para o funcionamento deste CAPS? E os redutores de danos Houve concurso específico, os profissionais foram redistribuídos? Exigiu cursos de capacitações específicas? A secretaria encontrou alguma dificuldade para recrutar esses profissionais?
- 8 No Programa Crack é possível vencer está previsto o atendimento ao usuário e a sua família. Existem equipes específicas para esses atendimentos ou é a mesma equipe que atende a todos? Quais as estratégias adotadas para esses atendimentos?
- 9 E os Consultórios de rua, fale-me um pouco sobre o funcionamento, objetivos e dificuldades que tem encontrado para que eles funcionem?

- 10 Você pensa que único CAPS-AD é suficiente para atender o município e região?
- 11 Como vocês percebem a questão das internações compulsórias? Há demanda para internação em Pelotas? Qual o impacto disso na rede SUS local?
- 12 Como vocês percebem as comunidades terapêuticas? Vocês encaminham para as comunidades existentes na região?
- 13 E a avaliação desse Programa? A prefeitura tem alguma forma de monitoramento ou avaliação do Programa? De que forma o município presta contas para o governo federal? Tem algum mecanismo para escutar as pessoas que utilizam o serviço?

## Apêndice C - Roteiro de entrevistas burocratas de rua

### Burocratas de Rua

- 1 Nome
- 2 Gostaria de saber qual tua função no CAPS e desde quando trabalha aqui?
- 3 Já trabalhou em outros lugares antes? Qual função?
- 4 Vocês consideram que a questão do crack pode ser considerada uma epidemia em Pelotas? Por quê?
- 5 Na tua percepção qual a importância de haver um local específico para tratar e apoiar os usuários de droga e álcool em Pelotas?
- 6 Qual o protocolo de atendimento no CAPS-AD?
- 7 Como você avalia as políticas de redução de danos no Brasil, e em particular em Pelotas?
- 8 Para compor o Programa Crack é possível vencer foi necessária à criação do Comitê Local de Gestão do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. O pessoal que trabalha no CAPS AD já participou ou desenvolveu atividade com esse Comitê alguma vez?
- 9 A questão da drogadição teve várias formas de combate no Brasil, mais recentemente vem sendo vista como uma questão de saúde e as políticas de redução de danos passam a conviver com as políticas de combate tradicionais. Há alguma cooperação com a Secretaria de segurança e sua política?
- 10 Vocês relem um planejamento de como deve funcionar o CAPS-AD da Secretaria de Saúde. Vocês participam desse planejamento? A Secretaria tem alguma forma de escutar as demandas específicas do CAPS?
- 11 E o monitoramento das atividades ou avaliação das ações como é realizada? Tem algum mecanismo para escutar as pessoas que utilizam o serviço?
- 12 Vocês têm metas para atendimento? Como é estabelecida a quantidade e a maneira para o atendimento ao usuário e sua família?
- 13 E os Consultórios de rua, fale-me um pouco sobre o funcionamento, objetivos e dificuldades que tem encontrado para que eles funcionem?
- 14 Qual sua avaliação das estruturas para o funcionamento do CAPS-AD no município?



- 15 E a capacitação das pessoas e a tua própria para trabalhar com essa questão, de que forma e com que periodicidade é feita?
- 16 A equipe que atende a demanda dos usuários é mesma que acolhe a família? Qual a estratégia de atendimento para esses públicos?
- 17 Como vocês percebem a questão das internações compulsórias? Há demanda para internação em Pelotas? Qual o impacto disso na rede SUS local?
- 18 Como vocês percebem as comunidades terapêuticas? Vocês encaminham para as comunidades existentes na região?

Anexos

ANEXO A – Decreto nº 5.546, de 02 de julho de 2012.

Cria o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

O PREFEITO DE PELOTAS, ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, NOUSO DE ATRIBUIÇÕES QUE LHE SÃO CONFERIDAS PELA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL;

CONSIDERANDO A PORTARIA GM/MS Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 QUE INSTITUI A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DO CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, NO AMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE;

CONSIDERANDO QUE NO PROCESSO DE ESTRUTURAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA, VEM SE IMPLANTANDO UMA REDE DIVERSIFICADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE BASE COMUNITÁRIA CAPAZ DE ATENDER COM RESOLUTIVIDADE PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. ESSES SERVIÇOS VÊM PROVOCANDO, A PARTIR DA RELAÇÃO ESTABELECIDADA COM AS COMUNIDADES, TRANSFORMAÇÕES CULTURAIS E SUBJETIVAS NA SOCIEDADE. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL IMPLICA A CONSTRUÇÃO JUNTO AS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS, DE OPORTUNIDADES PARA O EXERCÍCIO DA SUA CIDADANIA E ASSIM ATINGIREM SEU POTENCIAL DE AUTONOMIA NO TERRITÓRIO EM QUE VIVEM;

CONSIDERANDO QUE A GARANTIA DA EFETIVAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE SE CONCRETIZA A PARTIR DA REALIZAÇÃO DE PARCERIAS E AÇÕES INTERSETORIAIS, ESTABELECIDAS ENTRE OS DIVERSOS AGENTES PÚBLICOS DA GESTÃO DO MUNICÍPIO, ESTADO E UNIÃO, COMO ASSISTÊNCIA SOCIAL, EDUCAÇÃO, JUSTIÇA, CULTURA, HABITAÇÃO, TRÂNSITO ENTRE OUTROS, BEM COMO COM OS DIVERSOS SETORES DA SOCIEDADE CIVIL;

CONSIDERANDO QUE UM DOS MAIORES DESAFIOS ATUAIS PARA A SAÚDE MENTAL, É A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA VOLTADA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE CONSIDERE SUAS PECULIARIEDADES E NECESSIDADES E QUE SIGA OS PRINCÍPIOS ESTABELECIDOS PELO SUS. DESENVOLVENDO INICIATIVAS VOLTADAS PARA A CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE AMPLIADA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE, PAUTADA NA INTERSETORIALIDADE E NA CORESPONSABILIDADE;

CONSIDERANDO QUE NO CENÁRIO MUNICIPAL DE PELOTAS, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ESTÁ CONSTITUÍDO POR 51 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS), OITO CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS – SEIS CAPS II, UM AD E UM INFANTIL), TRÊS AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL, UM CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO ESCOLAR (CASE), OFICINA DE GERAÇÃO TRABALHO E RENDA – RETRATE, PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS, PROGRAMA DST/AIDS, UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE), TRÊS AMBULATÓRIOS DE CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA, QUATRO HOSPITAIS GERAIS E UM HOSPITAL

PSIQUIATRICO. NA ATENÇÃO BÁSICA (AB) TEMOS UMA COBERTURA DE 28,37% COM EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), DAS 51 UBS, 13 SÃO DA ZONA RURAL, DESTAS SEIS COM ESF. SERVIÇOS DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE SEGUNDO CRITÉRIOS POPULACIONAIS E DEMANDAS DOS MUNICÍPIOS;

CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE AMPLIAR E DIVERSIFICAR OS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO CONSUMO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS E SUAS FAMÍLIAS,

## **R E S O L V E:**

**Art. 1º** Criar o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial que é composto de forma multidisciplinar, podendo ser integrado por profissionais de saúde servidores da Secretaria Municipal de Saúde e/ou representantes de outras instituições intersetoriais.

**Art. 2º** O Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial tem por objetivo contribuir oportuna e efetivamente para a resolutividade e qualidade da gestão das ações e dos serviços prestados à população do Município de Pelotas.

**Art. 3º** As atribuições do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial serão regidas de acordo com as portarias vigentes, tendo por finalidade planejar, organizar, monitorar e avaliar a Rede de Atenção Psicossocial de forma sistêmica, articulada, integrada e solidária.

§ 1º - A Prefeitura Municipal de Pelotas institui o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, que terá a seguinte composição:

I – Coordenador Municipal da Saúde Mental (titular e suplente);

II – Um representante e suplente de cada um dos seguintes serviços da Secretaria Municipal de Saúde: UBS, CAPS, Programa de Redução de Danos, Pronto Socorro, UBAI (Unidade Básica de Atendimento Imediato) e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência);

III – Um representante e suplente de cada um dos Serviços de Saúde contratualizados pela Secretaria Municipal de Saúde, que são: HUSF (Hospital Universitário São Francisco de Paula), Unidade Psiquiátrica Eduardo Cortês – SPB (Sociedade Portuguesa de Beneficência), Caex (Comunidade Terapêutica Casa do Amor Exigente);

IV – Um representante e suplente da Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Pelotas;

V – Um representante e suplente da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social;

VI – Um representante e suplente do Conselho Municipal de Saúde;

VII – Um representante e suplente da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde;

VIII – Um representante e suplente da Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Pelotas (ASSUMPE).

§ 2º - O mandato dos integrantes será de dois anos a contar da nomeação, permitida uma única recondução, por igual período.

§ 3º - Os integrantes a que se referem os incisos I, II e V serão indicados pelo Prefeito Municipal, que indicará também um suplente para cada um deles, o qual deverá pertencer ao mesmo órgão que o titular.

§ 4º - Os integrantes a que se referem os incisos III, IV, VI, VII e VIII serão indicados pela instituição da qual fazem parte, que indicará também um suplente para cada um deles, o qual deverá pertencer ao mesmo órgão que o titular.

§ 5º - A totalidade dos integrantes a que se referem os incisos I a VIII do parágrafo primeiro deverá ser nomeada por ato do Prefeito Municipal.

§ 6º - A substituição dos integrantes nomeados para compor o Grupo Condutor poderá ocorrer de ofício, mediante portaria expedida pelo Prefeito Municipal, bem como, por requerimento do Grupo Condutor ou da entidade da qual o integrante a ser substituído faça parte, por simples requerimento dirigido ao Prefeito Municipal, o qual deliberará sobre a necessidade da substituição requerida.

§ 7º - Caberá ao Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial:

I – Adequar o Plano Municipal de Saúde Mental de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011;

II – Propor ajustes, acompanhar e avaliar as ações de saúde mental, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo plano municipal de saúde e pela política nacional;

III – Planejar e propor a execução de ações educativas de prevenção e cuidados na área de saúde mental;

IV – Promover a integração da rede de urgência e emergência aos demais níveis de atenção.

§ 8º - O Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial poderá criar se necessário Grupos de Trabalho Temáticos nas áreas de: informação, promoção e prevenção; gestão e regulação; educação permanente; reabilitação psicossocial e; reinserção social.

**Art. 4º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito de Pelotas, em 02 de julho de 2012.

**Adolfo Antonio Fetter Junior**

Prefeito Municipal

Registre-se. Publique-se.

**Abel Dourado**

Chefe de Gabinete